

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 juillet 1891, à 1 heure.

Par MAURICE ROY

Né à Clavette (Charente-Inférieure), le 22 septembre 1865.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES RAPPORTS
DE L'ENDOMÉTRITE

AVEC

LA GROSSESSE & L'ACCOUCHEMENT

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

BAR,
POIRIER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.		WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL COMME TÉMOIGNAGE
DE VIVE RECONNAISSANCE ET D'AMOUR FILIAL

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

HOMMAGE RESPECTUEUX

DES RAPPORTS DE L'ENDOMÉTRITE

AVEC

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

AVANT-PROPOS

M. le professeur Tarnier dans une de ses suggestives cliniques, racontait cette année l'histoire d'une femme qui avait été prise d'accidents infectieux consécutivement à la rétention d'une caduque malade dans la cavité utérine.

Cette observation rapportée d'ailleurs dans le courant de cette étude, a été le point de départ de notre thèse.

Il nous a paru intéressant de rechercher les rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement.

Dans nos recherches bibliographiques nous avons rencontré bien des faits isolément connus ; mais leur groupement ne nous a pas semblé suffisamment indiqué.

Loin de nous la prétention de faire du nouveau. Nous avons désiré seulement produire un travail d'ensemble modeste mais aussi consciencieux que possible.

Notre but a été de réunir une série de documents épars

et de montrer qu'ils se rattachent à une même cause. En outre, nous avons cru remarquer que l'attention des auteurs avait été relativement peu attirée sur le cas pratique dont M. le professeur Tarnier entretenait son auditoire. De là un chapitre spécial qui comprend du reste un certain nombre d'observations inédites que nous devons à des maîtres bienveillants.

Après avoir rapidement esquissé le tableau des endométrites en dehors de la gestation, nous avons établi les divisions suivantes :

1° Des endométrites considérées au point de vue anatomopathologique ;

2° Étiologie des endométrites gravidiques ;

3° Des endométrites dans leurs rapports avec certains états anormaux de la grossesse ;

4° Des endométrites dans leurs rapports avec l'accouchement ;

5° Des endométrites dans leurs rapports avec la délivrance ;

6° Des endométrites pendant les suites de couches.

Ici, nous avons mis de côté les formes habituelles de l'infection puerpérale pour nous arrêter seulement à l'une d'entre elles. Nous essayons de montrer que lorsque la caduque a été enflammée pendant la gestation, elle peut rester adhérente à la paroi utérine après la sortie d'un œuf vivant et complet d'ailleurs ; que, du fait de cette rétention, elle est capable en se putréfiant de déterminer des accidents septiques ; une nouvelle endométrite étant ainsi la conséquence de l'inflammation antérieure.

7° Diagnostic des endométrites pendant la grossesse ;

8° Pronostic ;

9° Traitement.

Mais avant d'entrer de plein pied dans notre sujet, un devoir bien cher s'impose à nous ; celui de remercier nos maîtres dans les hôpitaux ; nous prions M. le professeur Panas, MM. les docteurs Delens, Dreyfus-Brissac, et Reynier, d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour les bonnes leçons qu'ils nous ont prodiguées et pour les nombreuses marques de sympathie qu'ils nous ont témoignées pendant que nous étions leur externe.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos sincères remerciements à M. le docteur Maygrier qui nous a communiqué si gracieusement des observations inédites.

Nous ne saurions oublier la grande bienveillance avec laquelle M. le docteur Bonnaire a mis à notre disposition quelques documents inédits, et pour laquelle nous le prions d'accepter ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

Nous ne terminerons pas sans remercier bien vivement notre ami, le docteur Demelin, qui nous a inspiré ce travail, qui nous a aidé dans nos recherches bibliographiques et a mis à notre disposition avec tant de bienveillance sa connaissance approfondie de la langue allemande.

Enfin que M. le professeur Tarnier, veuille bien accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Considérations générales sur l'endométrite en dehors de la grossesse et de l'état puerpéral.

Endométrite et stérilité.

L'inflammation de la membrane interne de l'utérus, porte tantôt sur le col, tantôt sur le corps, tantôt enfin sur la totalité de la muqueuse. De là les endométrites cervicales, les endométrites du corps ou endométrites proprement dites, et les endométrites totales.

Toutes sont de nature infectieuse. Les unes sont dues à l'introduction de matières septiques plus ou moins banales procédant de l'extérieur. D'autres, plus graves, relèvent de la blennorrhagie ; d'autres encore et des plus fréquentes sont les suites de l'infection puerpérale consécutive à l'avortement ou à l'accouchement. Enfin certaines maladies infectieuses générales peuvent retentir sur l'endomètre ; tels le choléra, la fièvre typhoïde, la variole etc... La syphilis et la tuberculose ont une place spéciale dans cette étiologie.

Les symptômes principaux consistent en des douleurs localisées ou plus souvent irradiées, en des pertes leucorrhéiques sanguines et parfois hydrorrhéiques ; dans quelques formes rares, des morceaux de muqueuse sont éliminés (Dysménorrhée membraneuse). Localement, l'organe

malade est ou augmenté de volume, ou ulcéré dans sa région cervicale, etc., etc...

L'endomètre ainsi modifié par l'inflammation aiguë ou chronique est-il capable de fournir une base d'implantation à l'ovule fécondé?

L'essentiel est d'abord que le spermatozoïde puisse pénétrer dans la cavité utérine. Or certaines formes de métrite et en particulier l'endométrite cervicale glaireuse, empêchent la progression du sperme, en lui opposant un obstacle mécanique. Le col est obstrué par un bouchon glaireux épais et la stérilité est la conséquence de l'encombrement permanent de sa cavité.

Nous pourrions aisément fournir des observations à l'appui de cette assertion. Qu'il nous suffise de rappeler entr'autres les deux cas de M. Budin relatés dans la thèse de Couturier (1). La guérison de l'endocervite a été rapidement suivie de l'apparition d'une grossesse.

Plus difficile est le problème lorsqu'il s'agit d'endométrite du corps. Il est vraisemblable que poussé à un certain degré, elle rend la muqueuse inapte à fixer l'ovule fécondé. Il faut cependant se souvenir de la facilité avec laquelle cet ovule peut dans certains cas, se greffer sur un terrain aussi peu préparé que possible à le recevoir. Nous faisons allusion aux grossesses extra-utérines et surtout aux formes abdominales primitives de ces gestations ectopiques, qui bien que rares sont néanmoins avérées aujourd'hui.

On comprend dès lors que l'endométrite du corps soit rarement par elle seule une cause puissante de stérilité. Il

(1) COUTURIER, *Thérapeutique intra-utérine*, Paris, 1890. En général pour tous les documents cités, voir l'index bibliographique.

semble donc qu'un tissu quelconque puisse suffire à la nutrition d'un œuf développé sur lui. Sans parler de la muqueuse salpingienne dont l'analogie embryologique avec l'endomètre serait logiquement invoquée pour expliquer les grossesses tubaires, le péritoine, le tissu cellulaire des ligaments larges, se modifient parfois au point de nourrir un produit de conception.

Mais dira-t-on, ces tissus sont sains. Le processus pathologique subi par la muqueuse utérine, n'est-il pas capable de produire la stérilité? La clinique démontre surabondamment qu'il en est autrement dans la majorité des cas. Mais ces grossesses se ressentent souvent de l'altération de l'endomètre. Ce sont les accidents auxquels elles donnent lieu, que nous avons essayé de rassembler dans ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Endométrite et grossesse.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous étudierons successivement les lésions de la muqueuse du corps, puis celles de la muqueuse du col de l'utérus.

A. — Endométrite du corps.

La muqueuse de l'utérus gravide est divisée en trois départements distincts :

Un feuillet tapisse la face interne de la matrice, c'est la caduque utérine ;

Un second feuillet recouvre la face externe de l'œuf ; c'est la caduque ovulaire ;

Enfin à l'union de l'œuf et de l'utérus, existe une troisième partie, c'est la caduque sérotine ou inter-utéro-placentaire.

Vers la fin du troisième mois, les caduques utérine et ovulaire vont se souder ensemble et se fusionner en une membrane ; c'est la *Decidua* des Allemands.

Or l'inflammation et ses produits doit être examinée successivement sur la caduque proprement dite ou utéro-ovulaire et sur le placenta. De là deux divisions à établir : l'endométrite déciduale et l'endométrite placentaire.

1° ENDOMÉTRITES DÉCIDUALES.

Il en existe plusieurs variétés. Avec MM. Tarnier et Budin, Charpentier ; avec Lusk, Veit (1) et Schröder, nous indiquerons une série de formes dont la caractéristique dépend tantôt de la lésion anatomique principale, et tantôt de l'expression symptomatique la plus importante.

Telles sont les endométrites hyperplasique, polypeuse, kystique, catarrhale, hémorrhagique, purulente et mixte.

A. *Endométrite hyperplasique ou diffuse*. — Elle intéresse de préférence la caduque utérine. Elle est caractérisée macroscopiquement par une hypertrophie de la membrane ; elle atteint quelquefois une épaisseur double de l'état normal et la lésion augmente à mesure qu'on se rapproche des bords du placenta. Elle est le plus souvent uniforme, donnant à la muqueuse l'aspect d'une surface égale et plane (Tarnier et Budin). — Quelquefois apparaissent de petits mamelons qui rentrent déjà dans la forme polypeuse de la maladie (Hofe). Dans quelques circonstances elle donne lieu à des adhérences anormales des membranes. C'est là l'*endométrite adhésive de Braun*.

Histologiquement, la lésion porte surtout sur la trame conjonctive (Tarnier et Budin). On trouve indépendamment d'une prolifération des grosses cellules de la caduque une infiltration notable des cellules embryonnaires. Ainsi s'explique le travail de sclérose qui aboutit parfois à la formation d'adhérences anormales. Dans les couches voisines du muscle utérin, on rencontre l'existence de fibres

(1) MULLER, *Handbuch*, t. II, p. I.

musculaires de nouvelle formation, qui ont envahi la muqueuse (Kaschewarowa) (1).

B. *Endométrite polypeuse ou tubéreuse*. — Nous avons vu plus haut que dans certaines endométrites hyperplasiques on trouve sur la caduque de petites saillies pouvant avoir la dimension d'un grain de millet (Hofe). C'est une transition vers la véritable endométrite polypeuse ou tubéreuse. Celle-ci est caractérisée par l'existence de saillies plus ou moins irrégulières et inégales, développées aux dépens de la caduque, sessiles ou plus souvent pédiculées, et ayant l'aspect de véritables polypes. Elles peuvent avoir jusqu'à 1 et 2 centimètres de haut. Ces inégalités sont très vasculaires, de sorte que la surface interne de l'utérus paraît couverte de coagulations sanguines (Spiegelberg, Schröder). D'ailleurs il se produit souvent des hémorrhagies véritables, si bien que d'habitude, l'œuf est expulsé de bonne heure, en général vers le troisième ou le quatrième mois.

Les excroissances polypiformes siègent de préférence sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus ; celles qui sont sessiles ont la forme de plis, d'hémisphères, etc. ; elles sont, ou non, réunies les unes aux autres par de véritables ponts de même substance (C. Ruge).

Au microscope elles sont surtout constituées par de grosses cellules de caduque (Spiegelberg, Dohrn (2). Elles sont en outre très riches en vaisseaux sanguins.

Des modifications aussi importantes de la caduque retentissent sur l'œuf. Les villosités du chorion sont très

(1) KASCHEWAROWA. *Virchow's. Archiv.* Bd. XLIV, p. 1.

(2) DOHRN, *Monat. f. G.*, t. XXXI, 1868, p. 375.

altérées ; l'embryon meurt et souvent même disparaît.

C. *Endométrite kystique*. — C'est encore sur des œufs très jeunes qu'on la rencontre le plus souvent. Elle est limitée à la caduque utérine. A la coupe, cette membrane présente de petits kystes, très nombreux, développés dans son épaisseur, et simulant même la dégénérescence vésiculaire (Tarnier et Budin). Leurs parois sont constituées par de la caduque épaissie ; leur contenu est de consistance colloïde. Ils sont nettement en rapport avec les cavités glandulaires aux dépens desquelles ils ont pris naissance (Léopold (1), Maslowsky (2), Breus (3)).

D. *Endométrite catarrhale ou muqueuse* (Breus, Schrøder). — Elle répond à ce que l'on désigne en clinique sous le nom d'*hydrorrhée déciduale*.

C'est à dessein que nous rapprochons cette variété de l'endométrite kystique dont il vient d'être question. On remarquera, en effet, qu'au point de vue anatomo-pathologique, les ressemblances sont grandes entr'elles. Il nous semble indispensable de rapporter ici l'observation du docteur Duclos, et citée par MM. Tarnier et Budin.

OBSERVATION I. (DUCLOS, in thèse de BASSET, et TARNIER et BUDIN).

Une fille de 24 ans, parvenue au 6^e mois de sa quatrième grossesse, présente tous les signes cliniques de l'hydrorrhée déciduale, signes sur lesquels nous reviendrons. Trois semaines après, Duclos fut désigné pour faire l'autopsie médico-légale de cette femme qui s'était suicidée. A l'ouverture de l'utérus on trouva ce qui suit :

« Les membranes de l'œuf ne présentaient nulle part aucune trace

(1) LÉOPOLD, *Gesellschaft f. Geb.* Leipzig, 1878.

(2) MASLOWSKY, *Centralblats f. Gyn.* 1880, p. 352.

(3) BREUS, *Archiv. f. Gyn.* t. XIX, p. 483.

de rupture ni de cicatrice, leur intégrité était complète : l'adhérence du chorion et de l'amnios était partout intime. Le liquide contenu dans l'œuf ne paraissait ni plus ni moins abondant qu'à l'état normal. Le fœtus offrait tous les caractères de son âge, mais *entre la face interne de l'utérus et les membranes, on trouvait deux poches*, situées sur les parois latérales, à quelque distance l'une de l'autre. Elles étaient remplies d'un liquide transparent d'un jaune citrin, et de même consistance que les eaux de l'amnios avec lesquelles il avait la plus grande analogie. C'était évidemment un décollement partiel des membranes, et le liquide que l'on trouvait était une exsudation de la paroi interne de l'utérus, exhalation séreuse qu'on rencontre si souvent comme état pathologique dans d'autres cavités. On remarquait encore sur la face interne de l'utérus une plaque de la largeur d'une soucoupe de 6 à 7 cent. de diamètre, et qui tranchait sur les points voisins par sa couleur opaque et blanchâtre. Les membranes n'adhéraient pas en ce point ; il y avait une poche qui s'était affaissée, ne contenant plus qu'une légère couche de liquide semblable à celui des deux autres, et qui paraissait être d'une exhalation récente. De cette poche vide, partait un décollement de la largeur de 5 millim., qu'on pouvait suivre parfaitement à sa teinte opaque et blanchâtre, et qui arrivait jusqu'au col. Les eaux qu'avait perdues cette femme avaient été certainement renfermées dans cette poche, et c'est par le décollement qui en partait, se prolongeant jusqu'au col, qu'elles s'étaient échappées ».

On a longuement discuté pour savoir d'où venait ce liquide. Il est classique aujourd'hui d'admettre qu'il provient des parois utérines (Nœgelé, Geil). Mais pour les uns, ce sont les vaisseaux de ces parois qui les sécrètent (Chassinat, Depaul).

Pour les autres, au contraire, ce sont les glandes de la muqueuse. — Cette dernière opinion tend à prévaloir aujourd'hui à l'étranger ; exprimée par Hegar (1) elle a été acceptée par Spiegelberg, Schröder, Conhsteim, etc., etc. — Pour ces auteurs, la production du liquide serait la

(1) HEGAR. *Monats. f. geb.* 1863. I. XXII.

conséquence de l'inflammation des glandes de la caduque ; inflammation existant déjà avant la fécondation ou survenant pendant la grossesse ; elle serait donc due à une endométrite séreuse, à ce qu'on appelle en Allemagne *Endometritis decidua Catarrhalis*. Il est certain que dans quelques faits, il y avait endométrite avant la conception » (Tarnier et Budin).

MM. Tarnier et Budin ajoutent cependant que pour eux l'endométrite n'est pas la cause unique de l'hydrorrhée et que ce symptôme peut se trouver dans une série d'autres états.

Quoi qu'il en soit, il est admis par tout le monde que l'endométrite peut produire l'hydrorrhée ; nous y reviendrons plus tard.

Disons dès maintenant que ces écoulements d'eau se rencontrent à deux époques de la grossesse ; soit pendant les trois premiers mois sous forme d'*hydropérionie* (Tarnier) ; soit plus tard, sous forme d'hydrorrhée déciduale vulgaire. Dans l'hydropérionie, le liquide s'accumule entre la caduque utérine et la caduque ovulaire. A la fin du quatrième mois, ces deux membranes se fusionnent. « Mais, à l'état pathologique, il peut en être différemment ; certains auteurs, d'ailleurs, comme Léopold, admettent que cette fusion n'est qu'apparente et qu'il est encore possible au septième mois, de dissocier les deux membranes. Il n'est donc pas improbable qu'une accumulation interstitielle de liquide puisse s'effectuer entre les deux caduques. Toutefois, en ce qui concerne la seconde moitié de la grossesse, les faits anatomiques précis manquent pour étayer cette assertion. Ce que nous savons, c'est que le

liquide peut s'accumuler entre la paroi utérine et la caduque, ou pour dire plus juste, entre la couche des culs-de-sac et la couche raréfiée de la caduque pariétale ». (Bonnaire (1)). (Voir l'observation de Duclos).

En résumé, comme l'a établi Hegar, l'hydrorrhée déciduale n'est autre chose qu'un symptôme d'endométrite. Sous l'influence de l'inflammation, l'hypertrophie et la suractivité des glandes utérines, s'exagèrent ; ces glandes obéissent en somme à un processus analogue à celui qui se produit dans la période menstruelle alors que la muqueuse est irritée et congestionnée. Leurs culs-de-sac secrètent ces excès de liquide qu'ils tirent des capillaires environnant leurs parois ». (Bonnaire).

Nous avons rapproché l'endométrite catarrhale de l'endométrite kystique. Nous pensons, en effet que, peut-être, celle-ci n'est qu'une période de début de la première ; c'est en somme la même lésion et le même processus.

E. *Endométrite hémorrhagique*. — Dans le cours de certaines maladies infectieuses fébriles, on a rencontré des endométrites hémorrhagiques pendant la grossesse. Slavjanski (2) l'a montré pour le choléra. Pendant l'épidémie de St-Pétersbourg en 1870, il a eu l'occasion de faire l'autopsie de femmes enceintes. Chez elles, « la caduque utérine était très épaissie, molle, d'un violet sombre ; elle présentait des épanchements sanguins pouvant atteindre jusqu'à un centimètre et demi de diamètre. La caduque ovulaire de son côté était épaissie, mais d'une façon moins marquée. Elle offrait de rares extravasats sanguins qui ne

(1) BONNAIRE. *Semaine médicale*, 1891, avril. De l'hydrorrhée déciduale.

(2) SLAVJANSKI, *Arch. f. Gyn.* Bd IV, 1872, p. 285.

dépassaient pas les dimensions d'un grain de chenevis. Il existait donc une véritable endométrite aiguë et hémorrhagique. Du côté de l'œuf lui-même on trouvait aussi des modifications : l'épithélium qui recouvrait les villosités était altéré de telle sorte que par places on ne trouvait plus un épithélium à proprement parler, mais une masse formée de petits noyaux (Tarnier et Budin). — C'est là une preuve de plus de l'influence de la caduque sur la nutrition de l'œuf. — Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

Slavjanski a trouvé, en même temps que ces hémorrhagies, des infiltrations purulentes très prononcées dans l'épaisseur de la caduque.

En dehors des maladies infectieuses fébriles, il est assez fréquent de rencontrer, au début de la grossesse, des hémorrhagies des membranes comme cause de l'avortement. Plus tard ces lésions deviennent plus rares. Nous citerons cependant à ce propos l'observation suivante, empruntée au livre « *Obstétrique et Gynécologie* » de M. Budin.

OBSERVATION II (BUDIN). — *Accouchement prématuré, après plus de six mois et demi de grossesse. — Hémorrhagie de la caduque loin du placenta. — Mort du fœtus, 8 h. 15 minutes après l'accouchement. — Respiration incomplète.*

Br... Adèle, âgée de 22 ans, célibataire, domestique, entrain à la Maternité le 29 décembre 1872, et y accouchait spontanément le 30 au matin, après un travail qui avait duré 21 heures et 45 minutes. Chez cette femme qui jouissait d'une bonne constitution, les règles apparaissaient depuis l'âge de 14 ans, très régulièrement et abondamment tous les mois, pendant 4 jours.

Quelques accidents légers avaient accompagné sa grossesse, odontalgie, suite de carie dentaire, leucorrhée, syncopes, pyrosis, vomisse-

ments alimentaires, etc... La dernière apparition des règles datait du 6 au 10 juin 1872. — Cette femme semblait donc enceinte d'un peu plus de six mois et demi. L'enfant présentait le sommet en O. I. G. A. Cette enfant née vivante, pesait 1.200 gr. Sa longueur était de 37 cent. Les principaux diamètres de la tête mesuraient : l'occipito-mentonnier 10 cent. ; le bi-pariétal et le sous-occipito bregmatique 7 cent. ; l'occipito-frontal 8 cent. Le placenta de forme circulaire, pesait 400 grammes, et mesurait 51 cent. de circonférence, 17 cent. de diamètre. La longueur du cordon était de 49 cent. ; il s'insérait entre le centre et le bord, mais plus près du centre. Les membranes s'étaient rompues à 5 cent. du bord du placenta ; on n'avait pu apprécier ni la quantité ni la couleur du liquide amniotique. Le placenta était sain, mais il n'en était pas de même des membranes.

On trouvait dans l'épaisseur de la caduque un caillot, trace d'une hémorrhagie ancienne. Ce caillot était situé loin de la circonférence placentaire, d'un côté à 13 cent., de l'autre à 11 cent. du bord : il était assez volumineux, mesurait 9 cent. de longueur sur 3 cent. de largeur ; un peu plus épais à l'une des deux extrémités qu'à l'autre ; il offrait 7 millim. dans sa plus grande hauteur ; ce caillot siégeait dans la caduque. On pouvait isoler aisément l'amnios et le chorion qui étaient intacts. Ces deux membranes étant enlevées, *le caillot et la caduque à la périphérie du caillot*, restaient seuls. Ce caillot, rouge, irrégulier, tomenteux par la surface qui était en rapport avec la muqueuse utérine était au contraire lisse par la surface qui correspondait au chorion.

Cette surface lisse était brunâtre, et présentait des taches irrégulières d'un blanc grisâtre. Sur une coupe perpendiculaire à la surface on trouvait dans le caillot trois portions : une superficielle, *recouverte par la caduque considérablement épaissie* ; une moyenne, d'un rouge brun, formée véritablement par de la fibrine renfermant dans ses mailles de nombreux globules sanguins ; enfin, une profonde qui était en contact avec le chorion : lisse, d'un blanc grisâtre par places, elle formait une couche épaisse d'un millimètre environ qu'on pouvait séparer, mais avec difficulté, de la partie moyenne du caillot.

En examinant avec attention toute la caduque, on la voyait conserver son aspect normal, gris rosé jusqu'à 4 et 5 centimètres des bords du placenta ; *elle devenait alors plus épaisse et plus rouge, d'autant plus épaisse et d'autant plus rouge qu'on se rapprochait davantage du point où l'hémorrhagie s'était produite. On y constatait la présence de petits vaisseaux*

très fins, mais qui devenaient de plus en plus volumineux dans le voisinage du caillot. Examinés au microscope, ces vaisseaux étaient remplis de nombreux globules rouges. Sur les bords mêmes du caillot, quelques-uns présentaient près de 1 millimètre de diamètre; ils étaient gorgés de sang, noirs, distendus, moniliformes, c'est-à-dire présentant des dilatations et des étranglements. L'aspect blanc grisâtre de la couche profonde semblait dû à une dégénérescence granulo-graisseuse de la fibrine du caillot. D'après M. Tarnier, sa formation datait de trois à quatre semaines.

Interrogée, la malade ne se rappelait pas avoir éprouvé pendant le cours de sa grossesse aucune douleur utérine, aucune menace de fausse couche. — Aucune cause nouvelle, en dehors de l'hémorrhagie de la caduque, n'expliquait davantage son accouchement prématuré. Elle n'avait jamais présenté aucun des symptômes de la syphilis. Du reste les fémurs et la rate du fœtus étudiés, plus tard, furent trouvés intacts...

L'enfant mourut 8 heures 15 minutes après sa naissance, par insuffisance de la respiration. L'autopsie en fut faite : elle ne comporte rien qui puisse nous arrêter.

En résumé, ajoute M. Budin, du côté des membranes on trouvait une hémorrhagie de la caduque, hémorrhagie qui s'était faite loin du placenta; loin de l'insertion de l'œuf à l'utérus, mais plutôt au voisinage du col utérin. Sur la *caduque hypertrophiée* existaient des vaisseaux qui, près du caillot, étaient dilatés, moniliformes comme ceux dont on constate l'existence dans les néo-membranes ».

F. Endométrite purulente. — C'est une forme très rare. Pourtant Jacquemier cite l'observation suivante de Dance.

OBSERVATION III. (DANCE).

Une femme en proie dès le commencement de la grossesse à des vomissements sympathiques presque continuels et très opiniâtres, qui amenèrent un amaigrissement considérable, succomba dans le troisième mois de sa grossesse et n'eut de la fièvre que quelques jours avant sa mort. — L'utérus ne présenta aucune altération évidente, *mais entre la membrane caduque et l'utérus, ou plutôt dans les cellulosités de celle-ci*; on voyait des concrétions pseudo-membraneuses assez résistantes, formant une couche d'une à deux lignes d'épaisseur, à laquelle l'utérus adhérait assez faiblement. Entre cette couche et la face interne de l'utérus,

existait également *une couche de pus concret* qu'on soulevait sous forme de flocons jaunâtres. Le fœtus paraissait avoir vécu autant que la mère.

Voici, maintenant, une observation encore plus concluante d'endométrite purulente.

OBSERVATION IV. — DONAT (1) (Résumé).

Femme M... entrée à la clinique (de Desprès) le 27 mai 1884. Toujours anémique depuis son mariage. Elle a eu 11 enfants qui sont nés naturellement. *Deux fois on est intervenu pour la délivrance.* Plusieurs fois, cette femme est restée jusqu'à 8 jours en travail. 7 de ses enfants sont morts de maladies diverses. Pas de syphilis. Dernières règles, fin décembre, très abondantes, premiers mouvements fœtaux au milieu de février.

État actuel. — Femme petite, grêle, anémique. Présentation du sommet en deux positions ; enfant vivant. Depuis le 24 mai, *écoulement d'eau et douleurs.* Les douleurs deviennent plus fortes le 28 mai. Un peu avant la sortie de la tête on vit s'écouler pendant le toucher vaginal, un liquide verdâtre, dans lequel on *trouva du pus au microscope.* Garçon de 1850 grammes ne portant aucune trace de maladie. Suites de couches favorables. 38°2 le soir du 3^e jour. L'utérus est bien revenu sur lui-même le 11^e jour.

Pacenta pesant 350 grammes, ayant 14 à 15 centimètres de diamètre et deux centimètres et demi d'épaisseur ; sur la face utérine, couche de couleur jaunâtre qui se distinguait de la sérotine gris rougeâtre. *Sur la paroi utérine des membranes, on ne remarquait aucun lambeau de caduque.* Amnios et chorion épais, et unis assez solidement ensemble. En les séparant, on *trouvait entr'elles un amas de pus.* Au microscope on vit en effet des globules de pus et des globules rouges. A la périphérie du placenta, sur le chorion, on trouvait, les restes d'une caduque épaissie et infiltrée de pus. Le professeur Weigert confirma le diagnostic histologique. La cause de cette endométrite fut rapportée à la blennorrhagie.

G. Endométrite mixte. — Les nécessités de la description séparent ces diverses variétés. En réalité elles se combinent le plus souvent et il est très fréquent d'observer par

(1) DONAT, *Archiv. f. G.* 1884, t. 24, p. 481.

exemple des endométrites à la fois polypeuses et hémorrhagiques, muqueuse et hémorrhagique ; Hégar et Maïer ont constaté dans des caduques hyperplasiques, la présence de formations kystiques etc., etc...

2° ENDOMÉTRITES PLACENTAIRES.

Nous retrouvons exactement les mêmes lésions dans les cas désignés par les anciens auteurs sous le nom de *placentites*. Ici, c'est la caduque inter-utéro-placentaire, de même que la portion maternelle du placenta, qui est intéressée.

Les détails que nous avons donnés plus haut à propos des endométrites décíduales nous permettent de raccourcir ce chapitre.

L'endométrite hyperplasique peut avoir pour conséquence l'adhérence anormale du placenta (Brachet). Simpson, Robert, Meckel, Braum, Schröder, Spiegelberg, Hégar et Maïer ont observé des cas analogues. Virchow et Slavjanski ont rencontré cette forme dans la syphilis.

L'endométrite polypeuse s'observe moins au niveau du placenta que sur la caduque vraie : pourtant elle existe parfois au voisinage des villosités choriales, sur lesquelles elle exerce une influence néfaste ; dans le cas de syphilis, elle donne lieu à ce qu'on a décrit sous le nom de gommés placentaires.

Hégar a décrit une endométrite portant sur les glandes et ayant déterminé la transformation kystique de la caduque placentaire. Ce sont des faits à rapprocher des inflammations décíduales, kystiques ou catarrhales.

Les apoplexies, ou hémorrhagies de la caduque placen-

taire, ont été bien étudiées par Dervilliers, Jacquemier, etc., etc. Elles ont une importance capitale au sujet de l'interruption prématurée de la grossesse. Quant aux endométrites purulentes de la sérotine, elles sont discutées. Pourtant Cruveilhier et Bérard ont constaté du pus bien caractérisé à la surface externe du placenta et de la caduque. « Dans une de nos observations d'apoplexie utéro-placentaire (c'est Jacquemier qui parle), il y avait de la matière purulente déposée à la surface du placenta et infiltrée dans son tissu.

« Ainsi la présence du pus sur la surface externe du placenta et de la caduque, ou même dans leur épaisseur est un fait certain » (Jacquemier).

D'ailleurs l'observation de Donat, citée plus haut, confirme complètement cette opinion.

B. — Endométrite du col.

Les endométrites cervicales de l'utérus gravide peuvent être groupées de la même manière que celles du corps.

Une première forme, plus ou moins voisine de l'endométrite hyperplasique, peut avoir pour résultat l'agglutination de l'orifice externe, ou l'occlusion cicatricielle d'une étendue variable du canal cervical. Dans le premier cas, l'orifice externe se ferme par l'accolement superficiel des surfaces muqueuses opposées, au moyen d'un épithélium épaissi ou d'un tissu conjonctif embryonnaire résultant d'une inflammation adhésive liée à une endométrite cervicale. Schræder (1) en fait une suite de la blennorrhagie.

(1) SCHRÆDER, *Manuel d'acc.*

L'atrésie cicatricielle est plus rare, surtout si elle intéresse une hauteur plus ou moins grande de la cavité du col. Elle est, d'ailleurs, généralement incomplète, en ce sens qu'il reste souvent un pertuis pouvant devenir le point de départ d'une dilatation suffisante.

Les polypes muqueux du col, comme ceux du corps d'ailleurs, sont rangés aujourd'hui dans le cadre des endométrites : encore appelés *utéro-folliculaires*, ils sont capables de produire des hémorrhagies et, à leur suite, l'avortement. Ils constituent la forme pour ainsi dire complète d'une lésion de la muqueuse dont certaines granulations saignant facilement forment le premier degré lorsqu'elles se développent sur la muqueuse cervicale. Cazeaux a écrit un long article sur les ulcérations du col pendant la grossesse. Nous nous contenterons de le signaler ici.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, polypes, granulations, ulcérations suffisent pour expliquer les pertes de sang et les endométrites cervicales hémorrhagiques, observées pendant la grossesse.

Les kystes séreux du col existent, mais moins souvent (Jacquemier).

La forme purulente était rare dans le corps de l'utérus gravide, elle est rare aussi dans le col, au moins sous forme de collection notable. Quant aux écoulements purulents ou puriformes venant de la cavité du col, ils ont été fréquemment rencontrés et d'un pronostic variable, suivant leur étiologie.

En résumé, les lésions anatomiques sont les mêmes sur le corps et sur le col de l'utérus gravide. Les processus pathologiques ne diffèrent pas ; mais, en raison de leurs localisations spéciales, ils ont des résultats variés.

CHAPITRE II

Étiologie.

Les endométrites sont, avons-nous dit, toutes de nature infectieuse.

Pendant la grossesse, elles reconnaissent des origines différentes. C'est ainsi que, dans certains cas, l'inflammation existait déjà antérieurement, tandis que dans d'autres circonstances, elle s'est développée pendant la gestation.

Le premier groupe de faits se rapporte aux femmes atteintes de métrites depuis un temps plus ou moins long, et qui deviennent enceintes néanmoins.

Dans la seconde catégorie, au contraire, une femme devenue enceinte et bien portante jusque là, est prise d'accidents d'endométrite. La maladie succède soit à une infection aiguë rapide (choléra, fièvre typhoïde, etc., etc.), soit à une maladie générale chronique, *comme la syphilis*. Nous insisterons plus tard sur cette cause importante; dès à présent faisons remarquer que souvent l'infection spécifique débute en même temps que la grossesse. En outre, la syphilis tout en agissant sur l'œuf de plusieurs façons, semble avoir une prédilection pour la muqueuse utérine, pendant la gravidité.

Sans nous appesantir plus longuement sur ces considérations générales, il faudrait maintenant rechercher si telle cause est en relation plus ou moins directe avec telle forme

anatomique d'endométrite. Question très délicate, pour nous surtout, et encore fort peu élucidée.

L'endométrite chronique diffuse avec ses tendances adhésives, de même que l'endométrite polypeuse seraient dues aussi bien à des inflammations préexistant à la grossesse, qu'à l'infection syphilitique. Fränkel (1) invoquait en effet la spécificité pour la première forme, et Virchow (2) pour la seconde.

Les hémorrhagies sont fréquentes dans n'importe quelle forme, surtout lorsqu'il existe des polypes ou des fongosités. Veit (3) parle des néphrites pouvant amener des inflammations utérines spéciales, soit comme cause, soit comme résultat des hémorrhagies pendant la grossesse. Dentu dans sa thèse, reprenant d'ailleurs des idées bien connues depuis Stoltz, parle des femmes enceintes qui après avoir eu des hémorrhagies au début de leur grossesse ont présenté pendant l'accouchement des adhérences du placenta ou des membranes. Les fièvres graves, le choléra, déterminent l'endométrite aiguë hémorrhagique.

L'endométrite catarrhale et l'hydrorrhée plus fréquente chez les multipares, paraît être en rapport avec la métrite chronique existant avant la grossesse.

Enfin la blennorrhagie dont l'action est évidente produirait peut-être certaines formes hyperplasiques, mais en tout cas, elle manifeste ses tendances pyogènes dans les endométrites purulentes (voir observation de Donat).

(1) FRÄNKEL. *Arch. f. g.* V. 1873, p. 53.

(2) VIRCHOW. *Virch. Ahlfeld. Arch. f. gyn.*, vol. X, 1876.

(3) IN MÜLLER. *Handbuch*, t. II.

CHAPITRE III

De l'endométrite dans ses rapports avec certaines maladies de la grossesse.

Nous séparerons encore les lésions du corps utérin de celles du col.

A. — Endométrite du corps.

I. — HYDRORRHÉE DÉCIDUALE.

Certaines maladies ou symptômes anormaux observés pendant la grossesse ont une telle corrélation avec l'endométrite que nous devons, nous semble-t-il, les décrire avec soin. L'hydrorrhée déciduale va nous arrêter d'abord.

OBSERVATION V (Inédite). Due à l'obligeance de M. BONNAIRE,
accoucheur des hôpitaux.

Multipare, non syphilitique, toujours accouchée à terme dans de bonnes conditions, mais qui lors de l'accouchement précédent avait *été atteinte d'infection puerpérale légère*, sous forme de phlegmatia alba dolens

Elle n'avait point souffert de l'utérus à la suite, bien qu'il fut plus que probable que la muqueuse était restée contaminée à la suite de l'infection puerpérale. Elle ne s'était point d'ailleurs soumise à l'examen médical.

Devenue enceinte vers le milieu d'octobre, elle n'éprouva aucun

symptôme anormal jusqu'au commencement de février. A ce moment elle eut *quelques pertes hydropériques*, très espacées et peu abondantes ; tout d'abord elle n'y prit pas garde. Au bout de deux semaines, les écoulements allèrent en se rapprochant et en augmentant ; parfaitement limpides au début, ils commencèrent à ce moment à changer de teinte et à devenir roussâtres, mais en *restant intermittents*. La sage-femme traitant, quoique fort instruite, pensa qu'il s'agissait d'une ouverture accidentelle de l'œuf, et considérant la fausse-couche comme imminente, se mit en devoir de prévenir la survenue des contractions douloureuses. Elle condamna la malade au repos au lit absolu ; et administra l'opium de façon régulière et continue sous forme de lavements laudanisés à XX gouttes, administrés une fois par jour.

L'utérus demeura très calme ; mais l'écoulement aqueux n'en continua pas moins. Les flots se *reproduisaient brusquement, sans cause occasionnelle*, à intervalles de deux à cinq jours.

Au bout de quelques semaines survinrent des manifestations d'intoxication par le laudanum qui avait été continué. Un médecin appelé en méconnut la nature et pour combattre les vomissements pratiqua une injection de morphine. Naturellement, l'état général fut loin de s'amender sous cette influence.

Monsieur le Docteur A... vit alors la malade ; il reconnut la nature des accidents généraux et les fit cesser par la suspension de l'emploi du laudanum, et par l'ingestion de quelques stimulants. *L'hydropérie durait à ce moment depuis cinq semaines* ; la malade sentait remuer son enfant depuis quelques jours ; la grossesse était arrivée au début du cinquième mois.

Lorsque je vis la malade, je la trouvai en parfait état de santé générale. Toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement ; *elle n'éprouvait aucun malaise du côté de l'utérus*. Mais à ce moment *l'hydropérie allait en augmentant*, les flots se reproduisaient tous les deux ou trois jours, quelquefois sous forme de deux ou trois jets successifs, survenant dans une même journée. Des linges imbibés qui me furent montrés, les uns étaient simplement humectés de sérosité *parfaitement claire, et de consistance différant peu de celle de l'eau*, d'autres portaient des taches légèrement roussâtres, entourées d'un halo plus foncé ; d'autres enfin, indiquaient un *écoulement sero-sanguinolent analogue à celui qu'on observe au début de la menstruation. Aucune trace de caillots sanguins*.

L'examen de l'utérus me permit de constater l'existence d'un *ballotte-*

ment fœtal tant abdominal que vaginal. L'œuf renfermait une quantité de liquide amniotique en rapport avec l'âge de la grossesse. La malade sentait l'enfant se déplacer en tous sens ; les battements du cœur étaient normaux.

Je portai le diagnostic d'hydrorrhée déciduale et prescrivis de maintenir la malade immobile au lit dans le décubitus dorsal, en veillant à l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie.

Je vis la malade trois semaines après, à la fin de mars. *Les écoulements hydrorrhéiques avaient persisté*, ayant une tendance manifeste à augmenter. L'intervalle de la plus longue durée entre les écoulements liquides avait été d'une semaine, depuis ma première visite ; mais *les flots sanguinolents étaient plus fréquemment* observés que les flots à teinte citrine. De plus quelques-uns plus foncés semblaient avoir été constitués par du sang presque pur.

Cependant l'enfant continuait à se développer et la quantité du liquide amniotique contenue dans l'œuf demeurait normale.

Sauf une légère sensation de constriction perçue dans le bas-ventre à la suite de quelques écoulements particulièrement abondants et ne durant que quelques instants, jamais la malade n'avait éprouvé de contractions utérines douloureuses. Le col avait sa consistance et sa longueur normales. J'espérais voir la grossesse arriver à terme, ou du moins continuer jusqu'à ce que l'enfant eut suffisamment dépassé les limites de la viabilité.

Pendant tout le mois d'avril, *l'hydrorrhée persiste toujours abondante, tantôt citrine, tantôt sanguinolente, mais presque exclusivement sanguinolente dans la seconde moitié de ce mois.*

La malade demeurait immobile au lit. A la fin d'avril il devint nécessaire de la déplacer à cause du voisinage d'un malade dangereux atteint de gangrène des extrémités. Sous l'influence des mouvements que nécessita le changement de chambre d'un étage à l'autre, l'accouchement prématuré se déclara. Il se fit *brusquement* un écoulement de liquide citrin, beaucoup *plus abondant que les précédents*. L'œuf était rompu. Les contractions douloureuses survinrent aussitôt après.

L'administration du laudanum ne put les enrayer et la malade expulsa un enfant vivant, du terme de six mois et quelques jours qui ne vécut que deux heures.

La délivrance se fit spontanément ; mais il ne sortit que le placenta avec l'amnios et le chorion. Ces deux membranes étaient friables et

elles furent déchiquetées par le seul fait de la délivrance spontanée.

La caduque entière resta dans l'utérus. Cependant quelques lambeaux furent expulsés peu après l'arrière-faix ; ils étaient singulièrement épais, ramollis, de teinte brunâtre, d'une odeur fade et offrant exactement la même apparence que dans le cas de rétention prolongée du fœtus mort et macéré.

Je vis la malade trois jours après l'accouchement, — *malgré toute la rigueur du traitement antiseptique* qui avait été institué dès le début du travail, il y avait des signes d'infection putride légère. Température à 39°, frisson erratique et de courte durée, sueurs profuses, céphalée légère, lochies fétides. Nulle douleur locale au niveau de l'utérus. Il suffit de pratiquer deux injections utérines à l'aide d'une solution de permanganate de potasse à 1 pour 2000, pour voir disparaître les accidents. Toute fétidité des lochies disparut après les premières toilettes intra-utérines. La caduque fut expulsée par la suite sous forme de détritus mélangés de quelques lambeaux très irréguliers, mais dont les dimensions n'excédaient pas 1 à 2 centimètres ».

Cette observation que nous devons à l'extrême obligeance de M. Bonnaire nous paraît des plus intéressantes et des plus concluantes au point de vue de la thèse que nous soutenons.

Sans essayer d'en tirer de suite tout le bénéfice possible, bornons-nous dès à présent, à relever et à résumer les détails les plus importants. Il s'agit d'une *multipare*, infectée dans un accouchement antérieur ; vers la fin du 3^e mois de sa grossesse, elle se met à perdre de l'eau. Le liquide d'abord clair, puis sanguinolent s'écoule à intervalles plus ou moins espacés. Ces flots se reproduisaient brusquement sans cause occasionnelle ; ils durèrent trois mois et demi ; du milieu de février à la fin d'avril ; pendant tout ce temps, le fœtus s'était développé et on avait toujours constaté le ballottement abdominal et vaginal. Lorsque le sang devint plus abondant, la scène se prépara

à changer ; subitement à l'occasion d'un simple déplacement de chambre en chambre, l'œuf s'ouvrit. Il fallait que ses membranes fussent singulièrement friables pour se rompre après une si faible secousse. C'est ce qui fut trouvé après la délivrance. La caduque resta et donna lieu, malgré l'antisepsie la plus soignée, à des phénomènes septiques, dont le traitement vint d'ailleurs vite à bout. Ajoutons en terminant qu'il y eut rétention de la caduque comme si le fœtus avait été retenu macéré dans l'utérus, tandis qu'il vint au monde vivant.

OBSERVATION VI (1) (due à M. BONNAIRE).

Une jeune femme de 18 ans, primipare, entre le 1^{er} avril 1891 à l'hôpital St-Louis dans le service d'accouchement ; elle était arrivée au 3^e mois de sa grossesse. Le matin, au moment du lever, elle fut subitement prise d'une perte de liquide abondante, qu'elle nous dit tout d'abord être du sang ; nulle fatigue extraordinaire, nul traumatisme général ou local ne donnait la cause de l'accident ; *l'écoulement se produisit tout d'un coup sans s'annoncer par aucun malaise, ni aucune douleur utérine ; sa durée fut très courte*. Le flot écoulé, la malade perçut une vague sensation de constriction douloureuse dans le bas-ventre, mais déjà, au moment où elle se présente à nous, ce symptôme avait disparu : elle vint d'ailleurs à pied à l'hôpital et put effectuer le trajet sans que la perte se reproduisit et sans éprouver de malaise. Dès le début de l'examen, un fait nous frappe les yeux ; *la malade est syphilitique* ; les nombreux stigmates spécifiques qu'elle présente, rendus encore plus manifestes par l'aggravation gravidique : plaques papuleuses saillantes et disséminées par tout le corps, adénopathie, angine, plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques, indiquant la date récente de la maladie. Bien que vagues, les renseignements fournis par la malade nous donnent à penser qu'il s'agit d'une syphilis conceptionnelle.

L'examen local obstétrical n'offre rien de particulier. L'abdomen est modérément distendu par un globe utérin régulier dans sa forme et

(1) BONNAIRE, *Semaine médicale*, avril 1891.

dans sa consistance, qui affleure l'ombilic par sa partie supérieure, comme il est de règle, quoiqu'on en ait dit, pour les grossesses de cinq mois révolus ; la palpation n'éveille aucune douleur, et, point important, nous percevons *sans peine un ballottement fœtal très accentué* ; les battements du cœur de l'enfant sont très réguliers et bien frappés. Fort heureusement, pour la facilité de notre diagnostic, la malade était encore vêtue des vêtements qu'elle portait au moment de la perte ; aussi nous pouvons nous rendre compte à défaut de la quantité exacte, du moins de la qualité et des caractères apparents du liquide écoulé.

Sur une étendue de 4 à 5 travers de main, le linge est *imbibé d'une tache unique, de teinte rouge très claire, un peu plus foncée sur les bords qu'au centre* ; il n'y a pas trace de caillot, et l'étoffe bien que légèrement raidie n'est pas aussi indurée que s'il s'agissait de la coagulation fibrineuse d'un flux sanguin. Je ne puis mieux comparer l'apparence laissée par cet écoulement qu'à celles des menstrues très pâles. Par le toucher le doigt arrive sur le col utérin parfaitement au repos, non effacé et non perméable à l'index ; le vagin est souple et ne renferme pas de caillots ; pas plus que le palper, cette investigation interne n'éveille de douleurs utérines.

La couleur, la consistance, l'absence d'odeur, l'abondance et surtout le mode d'écoulement brusque du liquide, l'absence antérieure de toute collection pathologique ayant pu s'ouvrir, indiquée par les commémoratifs, nous amènent à penser qu'il s'agit d'un écoulement d'origine utérine. Restait à savoir si le liquide venait du col utérin, de la paroi du corps, de l'épaisseur ou de l'intérieur des enveloppes de l'œuf ; en d'autres termes s'il s'agissait d'une hémorrhagie, d'une hydorrhée déciduale ou d'une hydorrhée amniotique.

Au cours des premiers mois de la grossesse, il n'est pas rare de voir survenir des écoulements sanguinolents régulièrement intermittents ; ils peuvent n'être autre chose qu'une persistance anormale des règles ; nous ne pouvions nous arrêter ici à ce diagnostic : la cessation de la menstruation datait déjà de cinq mois et le mode d'écoulement *actuel sous forme de flot*, nous suffisait pour éliminer cette hypothèse.

Continus ou irrégulièrement intermittents, ces écoulements sont souvent symptomatiques d'un état fongueux de l'endomètre cervical ; mais en ce cas, c'est du sang pur qui s'écoule au dehors, et lorsqu'on pratique le toucher, on pénètre aisément dans un col entr'ouvert, à l'intérieur duquel on retrouve un revêtement tomenteux et saignant

facilement. Il peut arriver dans des cas très rares, qu'une hémorrhagie produite aux dépens de la caduque et du placenta, se collecte entre l'utérus et l'œuf « et donne lieu, une fois le caillot formé, à un suintement extérieur de sérum teinté, par suite d'une sorte d'expression de coagulum. Si les caractères de ce liquide sont les mêmes que ceux que nous avons sous les yeux, nous n'avions pas à penser à une telle origine, les hémorrhagies internes de l'utérus gravide étant des complications de la fin de la grossesse, et s'accompagnant de phénomènes généraux graves et d'augmentation de volume de la matrice » que nous n'observions pas chez notre malade. Nous avons donc à décider si le flux provenait de la caduque ou si l'œuf ouvert laissait s'écouler un liquide amniotique. Pour trancher la question, il ne faut pas trop, d'une façon générale, compter sur les commémoratifs. La femme peut avoir des raisons pour les dénaturer, aussi me suis-je attaché à demander à l'examen physique les renseignements nécessaires pour asseoir le diagnostic.

A supposer que l'œuf eut été ouvert et que la tache observée par nous eut été constituée par un mélange de liquide amniotique et de sang provenant de l'effraction de la caduque, nous aurions assurément constaté, étant donné la date récente et l'abondance du flot, une évacuation de la cavité de l'œuf ; *il y eut eu disparition du ballottement fœtal* ; or j'insiste de nouveau sur ce point ; en percutant la paroi abdominale à différents niveaux, on obtenait très nette la sensation typique du double choc que donne le bloc de glace déplacé du bout du doigt dans un verre d'eau. Songeant toutefois que nous étions en présence d'une femme infectée de syphilis, nous avons à nous demander si chez elle, il n'y avait pas eu hydramnios précoce, et s'il n'y avait pas eu éclatement de la coque de l'œuf ayant eu pour effet de faire écouler le trop plein des eaux, et s'il ne restait pas assez de liquide pour simuler les apparences d'une grossesse normale de cinq mois. Pour m'en assurer, je saisis par le palper combiné au toucher l'organe gestateur, du col à sa partie supérieure ; je le déplaçai et le comprimai modérément dans divers sens : par ces tentatives je n'arrivai pas à faire sourdre dans le vagin la moindre quantité de liquide ; ce phénomène se fut certainement produit s'il y eut eu ouverture de l'œuf. Je m'arrêtai ainsi par voie d'exclusion au diagnostic d'hydrorrhée déciduale. L'utérus était calme, le col fermé, l'œuf intact, le fœtus bien protégé et tout au moins pour le moment bien portant. Je me contentai de maintenir la femme au repos au lit,

et je ne jugeai pas utile d'instituer à l'aide des opiacés, le traitement d'une fausse-couche problématique. Mais en même temps, j'estime avoir avisé au plus pressé, en administrant sans délai dans l'intérêt de l'enfant, le traitement antisypilitique habituel.

Chez notre malade, la syphilis se manifeste par des symptômes trop accusés pour que nous n'admettions pas que l'infection générale ait retenti sur l'état de la caduque. Nous devons donc considérer le pronostic comme grave chez elle au point de vue de l'avenir de la grossesse actuelle. Déjà du fait seul de l'infection, il doit être très réservé en ce qui concerne le fœtus ; du moment où nous sommes en présence d'un symptôme qui se relie aux altérations de la paroi de l'œuf, nous devons penser que le fruit déjà taré est mal rattaché à l'arbre et se trouve exposé à tomber prématurément.

L'observation précédente discute de tous points le diagnostic différentiel de l'hydrorrhée. Elle montre en outre les relations évidentes de la syphilis avec ce symptôme.

Nous pouvons maintenant esquisser l'histoire clinique de l'hydrorrhée, considérée comme un des symptômes capitaux de l'endométrite gravidique.

L'écoulement de liquide aqueux peut apparaître comme nous l'avons vu, soit pendant les premiers mois (*Hydropérionie de Tarnier*), soit plus tard.

L'hydropérionie a été décrite par M. le professeur Tarnier dans une de ses cliniques de la Faculté. Voici le résumé des notes sur l'hydrorrhée recueillies à son cours que M. Demelin a bien voulu nous communiquer.

L'écoulement de liquide se fait au début de la grossesse, avant que la caduque ovulaire ne soit unie à l'utérine. Coste disait qu'il n'y avait pas d'hydropérionie. Cette assertion est vraie, à l'état normal, mais si *la caduque est un peu malade*, s'il y a de l'endométrite, l'hydropérionie se forme. L'hydropérionie est donc due à l'hypersecretion

des glandes utérines. L'écoulement du liquide au dehors n'est empêché que par la fermeture de l'orifice interne qui fait fonction de sphincter.

L'hydropérionie est fréquente. Si l'on n'en voit pas souvent d'exemple, c'est que les femmes ne sont pas malades et ne s'inquiètent guère. C'est par l'anamnèse qu'il faut rechercher ce symptôme.

On apprend qu'il sort brusquement, sans cause appréciable, par les organes génitaux, la valeur de une, deux, trois cuillerées à soupe d'un liquide généralement clair. Le flot se montre en une ou plusieurs fois. Le liquide a été examiné avec soin. Il est toujours en petite quantité, tantôt aqueux, le plus souvent gommeux, quelquefois teinté en rose, à cause de l'endométrite. L'écoulement survient sans signe prémonitoire, ou bien il est précédé de quelques coliques, de quelques douleurs de reins. Il existe un léger malaise, puis la santé redevient parfaite. Au bout de plusieurs jours de calme complet, même répétition, malaise, coliques etc., écoulement de liquide et ainsi de suite pendant deux ou trois mois.

Le diagnostic doit être fait avec la rupture des membranes de l'œuf ; il est quelquefois difficile. Mais l'avortement s'accompagne de douleurs plus fortes et d'hémorrhagie, qui n'existe pas dans l'hydropérionie. De plus le liquide amniotique est aqueux ; une fois qu'il s'est mis à couler, il continue surtout lorsque la femme remue ; le liquide de l'hydropérionie est poisseux, légèrement teinté en rose ; il sort tout d'un coup, puis le flot s'arrête complètement.

A partir du 4^e mois, les deux caduques sont soudées. Si

duliquide provient de ces membranes, *il y a alors hydorrhée déciduale.*

L'hydorrhée déciduale est caractérisée par un écoulement d'eau temporaire, suivi de retour à la santé. Il dure quelques heures pour se reproduire ou non après s'être suspendu.

Au milieu d'une santé excellente, sans douleur, une certaine quantité de liquide s'échappe des voies génitales. En général, cette quantité est de 2 à 300 grammes. Le liquide est aqueux, incolore, ou bien sirupeux et gommeux. De là deux aspects différents sur les linges : si le liquide est aqueux, les taches sont très peu apparentes ; si le liquide est poisseux, le linge est comme empesé ; quelquefois les taches sont rosées. L'écoulement cesse brusquement, ou bien il se continue pendant quelques heures, après le grand flot du début, il s'écoule encore quelques gouttes pendant un certain temps.

Ou bien, il y a un seul flot, pendant toute la grossesse ; ou bien l'hydorrhée se répète dans les mêmes conditions, une ou plusieurs fois, à 1, 2, 3 mois d'intervalle, quelquefois plus souvent. Il arrive que le premier écoulement se fait dans le 9^e mois. Mais il existe des cas un peu différents ; dans la forme d'*hydorrhée douloureuse*, il existe de la douleur dans les reins, dans le ventre. L'abdomen devient volumineux, tendu au point que la femme éprouve de la difficulté à marcher, et même qu'elle est obligée de se coucher. Puis au bout de 2, 5, 8, 15, 30 jours de douleurs, survient l'écoulement hydorrhéique ; les malaises disparaissent, le volume du ventre diminue et tout rentre dans l'ordre. Tous les phénomènes anormaux avaient été pro-

duits par l'accumulation du liquide. Chez certaines femmes l'hydrorrhée se répète pendant plusieurs grossesses successives.

L'hydrorrhée déciduale doit être distinguée de l'écoulement de liquide amniotique. Lorsqu'il y a rupture prématurée des membranes, le flot continue ; la quantité est abondante. Si par le toucher on vient à soulever la tête fœtale, on sent du liquide tomber dans le creux de la main. De plus, en général, la poche des eaux ne se reforme pas, à moins que la rupture des membranes ne siège un peu haut ; mais dans ce cas, la poche des eaux qui se forme à l'extrémité de l'œuf, est molle, dépressible à moitié remplie. Dans l'hydrorrhée déciduale on rencontre tous les symptômes inverses (Leçons de M. le professeur Tarnier). Terminons ce diagnostic en signalant comme cause d'erreur l'issue involontaire de l'urine reconnaissable à son odeur et l'écoulement d'un liquide d'injection retenu dans le vagin depuis plusieurs heures.

Le pronostic de l'hydrorrhée est en général favorable et pour la mère et pour l'enfant, mais si le décollement de la caduque est large, il peut y avoir avortement ou accouchement prématuré.

Le pronostic dépend surtout de la pureté des symptômes, pourrions-nous dire. Si le liquide est tout à fait privé de sang, s'il s'écoule en petite quantité, à des intervalles éloignés, si surtout la femme n'est pas gravement infectée comme par la syphilis, la grossesse continuera son cours très vraisemblablement.

II. HÉMORRHAGIES UTÉRINES.

Les hémorrhagies du corps de l'utérus gravide sont divisées au point de vue clinique en deux catégories : celles qui se produisent pendant les six premiers mois de la grossesse, et celles qui apparaissent pendant les trois derniers.

Leurs causes sont très nombreuses : ou bien elles sont traumatiques ; ou elles ressortissent à une lésion organique non infectieuse, comme une maladie du cœur, du rein, du foie, de l'utérus (polypes, etc.) ; ou enfin elles entrent dans le cadre des infections. Ce sont surtout ces dernières que nous aurons en vue.

A. *Hémorrhagies des six premiers mois.* — On dit avec raison que ces pertes se rapportent à l'avortement. Cependant l'avortement lui-même n'est qu'un symptôme, un résultat, et expliquer l'avortement par l'hémorrhagie ou réciproquement, c'est expliquer un effet par un autre effet, tous deux dus à une même cause.

Quelles sont donc les maladies infectieuses qui peuvent s'accompagner d'hémorrhagies de l'utérus gravide ? Toutes, pourrait-on dire ; nous allons citer quelques exemples.

Dans la variole, le sang épanché en décollant les membranes, favoriserait l'avortement, Pécholier, Serres, Chaigneau, Spiegelberg et d'autres ont signalé ces pertes pendant la variole. Il y a dans l'interprétation de ces faits beaucoup de causes d'erreur ; il faut penser à l'hyperthermie, à l'infection proprement dite et ne conclure à l'endométrite hémorrhagique vraie, qu'à bon escient.

Même réflexion pour la fièvre typhoïde. Gusserow admet cependant l'inflammation de la caduque avec écoulements sanguins comme cause d'avortement dans cette maladie.

Rappelons encore les faits de Karjonski, de Slavjanski, pour le choléra, où l'endométrite paraît démontrée.

Quoiqu'il en soit, le fait clinique est celui-ci : une femme enceinte atteinte d'affection aiguë grave (variole, typhoïde, choléra, etc.), est prise subitement d'hémorrhagie et avorte. Ou bien le fœtus est expulsé mort, ou bien il vit quelques instants après sa naissance. Dans le premier cas, la mort du produit de conception suffit pour expliquer la fausse couche ; le second groupe de faits est plus intéressant, car l'œuf a été décollé par le raptus sanguin ; on ne peut donc incriminer l'irritation causée par la mort du fœtus, et il faut penser à une lésion aiguë des membranes de l'œuf et du placenta ; ou à des contractions primitives de l'utérus déterminées par la maladie causale.

Les preuves évidentes manquent pour affirmer qu'il y a toujours inflammation de la muqueuse consécutive à l'infection sanguine. Disons seulement que ce processus est fort admissible, et en tout cas conforme aux données de la pathologie générale.

La syphilis est intéressante à plusieurs points de vue. Les hémorrhagies qu'elle détermine pendant la grossesse sont de divers ordres. Parfois, elles ressemblent à celles qui se produisent dans le cours des maladies fébriles. C'est un raptus soudain, un écoulement de sang pur et abondant, à la suite duquel l'œuf est expulsé. Nous éliminons les cas où l'embryon a été retenu mort dans la cavité utérine, pour ne nous occuper que de ceux où l'existence

du fœtus a été nettement constatée après la fausse couche. Or, dans ces circonstances, il arrive parfois que l'œuf est expulsé entier, même à 4 et 5 mois ; que le chorion et l'amnios intacts, laissent voir par transparence les mouvements du fœtus. De plus, phénomène intéressant, *la caduque est retenue dans la cavité utérine*, comme si l'enfant avait succombé plusieurs jours avant ; c'est l'analogie de ce que nous avons rapporté dans notre observation V. Il arrive encore chez les femmes syphilitiques, que la rétention de la caduque si fréquente chez elles-mêmes après l'expulsion d'un œuf vivant, s'accompagne de phénomènes infectieux. Souvent pendant les suites de couches la caduque est rejetée par lambeaux, ou petits ou plus ou moins volumineux ; elle est souvent épaissie, hypertrophiée, malade.

Nous nous trouvons donc en présence des phénomènes suivants ; hémorrhagie brusque, expulsion d'un œuf vivant, rétention de la caduque ; et nous pensons qu'il s'agit là vraiment d'une endométrite spécifique, endométrite aiguë hémorrhagique. La perte de sang serait donc ici symptomatique de l'endométrite.

Mais jusqu'ici nous n'avons signalé que des pertes de sang pur, soudaines et plus ou moins abondantes, aiguës en un mot dans leurs allures. C'est ce que nous avons rencontré dans les maladies aiguës fébriles, le choléra, etc., et la syphilis.

Il existe d'autres métrorrhagies dont la marche est toute différente et que nous allons décrire maintenant.

OBSERVATION VII (Inédite).

La nommée F... Julie, âgée de 22 ans, mécanicienne entre le 28 juin 1890 à la clinique de la rue d'Assas, dans le service de M. le professeur Tarnier.

Sa constitution est bonne, secondipare; son premier enfant est venu par le siège, et il est mort pendant l'accouchement. Enceinte pour la deuxième fois, elle a eu ses dernières règles du 5 au 9 février 1890. Au début de la grossesse elle a eu quelques nausées, quelques étourdissements. Puis vers le commencement de juin, c'est-à-dire au quatrième mois de la gestation, elle a été prise de pertes d'eau qui sont venues sans cause appréciable; apparaissant à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit pour s'arrêter complètement au bout de quelques heures et reparaitre ensuite. Les pertes simplement aqueuses d'abord se colorèrent en rose, puis en rouge plus vif, et la femme entra à l'hôpital le 28 juin 1890.

On constate alors l'existence d'une grossesse de quatre mois et demi environ, avec un ballotement fœtal assez net, perçu par l'examen abdominal combiné au toucher. En présence des renseignements fournis par la malade et des pertes d'eau et de sang dont on constate la présence sur ses linges, on met la femme au repos, on l'immobilise au lit et on lui administre du laudanum en lavement. Il y avait en effet quelques contractions légèrement douloureuses au niveau de l'hypogastre. Sous l'influence du repos et du laudanum l'utérus se calme; le col est resté intact, long et fermé; mais les pertes d'eau continuent s'arrêtant quelques heures, un jour et même davantage, pour se reproduire ensuite.

L'état persiste pendant tout le mois de juillet. On cherche s'il n'existe pas quelques lésions du cœur, du rein, etc., on ne trouve rien de ce côté. Bientôt les hémorrhagies se produisent. Au liquide aqueux se mélange une certaine quantité de sang qui colore les linges en rose pâle, formant sur eux des taches grisâtres entourées d'une circonférence rosée. De temps en temps l'écoulement est plus rouge. Mais si la perte sanguine se reproduit tous les jours, en revanche elle est fort peu abondante, assez peu pour ne pas anémier considérablement la femme. Celle-ci, en effet, ne souffre guère, elle s'assoit sur son lit et demande même à se lever. On examine le col au spéculum pour voir s'il ne se présente pas quelque polype ou quelque granulation d'où viendrait

cette hémorrhagie. On ne trouve rien de ce côté, et les pertes continuent. Elles deviennent plus régulièrement rougeâtre, puis rouges, mais toujours en petite quantité. Il n'y a pas de fièvre, et l'état général est bon. On entend les battements du cœur fœtal.

Le 29 août 1890, à minuit 30, des douleurs utérines se manifestent; malgré les calmants elles deviennent plus fortes; la dilatation complète a lieu à 5 h. 20 du matin et à 5 h. 30 minutes la femme expulse un enfant du sexe féminin vivant et pesant 4.200 grammes; il s'était présenté en position O. I. D. A.

La *délivrance spontanée* a lieu presque tout de suite après la naissance de l'enfant. Le placenta est normal et complet. Les membranes sont très incomplètes et profondément modifiées. Au pourtour du placenta et sur une étendue assez grande à partir de sa périphérie, la *caduque* est remarquablement épaissie, mamelonnée, présentant à sa surface des masses cylindroïdes ou coniques du volume d'un pois à celui d'une noisette. Ces masses ont une couleur jaunâtre ou blanchâtre, elles s'implantent sur la caduque qui recouvre le chorion, à côté d'elles existent d'autres masses aplaties, brunâtres, simplement accolées à la caduque et qu'il est très facile de détacher; ces formations ont une consistance toute spéciale, elles sont aisément friables; elles ont de plus une forme aplatie très manifeste. Ce sont à n'en pas douter des caillots qui ont séjourné entre la paroi utérine et le chorion, tandis que les autres productions sont des dépendances certaines de la caduque hypertrophiée. A environ 5 à 6 cent. du bord placentaire, le chorion se trouve à nu; la caduque manque alors complètement.

Les suites de couches furent normales, la femme rendit dans le liquide des injections des lambeaux de caduque hypertrophiée.

L'enfant mis dans une couveuse et entouré d'ouate, vécut quelques jours, puis finit par mourir.

OBSERVATION VIII (Inédite).

La nommée Emélie L. femme F... âgée de 32 ans, ménagère, entre le 23 août 1890 à la clinique de la rue d'Assas; dans le service de M. le professeur Tarnier, dirigé alors par M. le docteur Maygrier.

6^e grossesse, 1 fausse couche à 4 mois, et 4 grossesses à terme.

Les dernières règles sont venues du 25 au 29 mars, la femme est en ce moment à la fin du cinquième mois de sa grossesse. Elle raconte que

depuis le commencement elle a eu des pertes d'eau, claires d'abord, puis teintées de rouge qui sont venues presque tous les jours. Les écoulements sont devenus plus foncés et des douleurs légères se sont manifestées.

La femme entre à l'hôpital le 23 août et fait sa fausse couche le 24 août à 1 heure le matin. L'œuf est expulsé en bloc ; il pèse au total 260 grammes, le fœtus a vécu quelques instants. Les membranes transparentes en un point sont au contraire recouvertes de caduque épaisse à mesure qu'on se rapproche des bords du placenta. Celui-ci pèse 90 grammes. L'enfant seul pèse 170 grammes. Il est long de 19 centimètres ; suites de couches normales.

OBSERVATION IX (PARDO de TAVERA) (1). — *Métrorrhagie pendant les quatre premiers mois de la grossesse. — Fausse couche de 4 mois. — Chloro-anémie.*

Mme L. âgée de 33 ans, originaire de Florence, qu'elle n'a quitté que depuis 3 ans pour habiter Paris, de stature moyenne, d'un tempérament lent, apathique, oriental, a été atteinte à plusieurs reprises de chloro-anémie depuis l'âge de quinze ans.

A 12 ans, apparition franche et facile de la menstruation qui s'établit régulière et abondante.

A 25 ans, Mme L. se marie et devient enceinte. Durant cette grossesse, troubles digestifs fréquents, faiblesse et malaise divers. Pas d'hémorrhagies utérines. Accouchement à terme, pas d'accidents consécutifs.

Trois ans plus tard, deuxième grossesse, avortement à 2 mois 1/2 ; durant lequel il n'y a pas eu de fatigues et aucune autre cause pour l'expliquer.

Dix-huit mois après, troisième grossesse ; avortement à 4 mois survenu une nuit subitement sans cause connue. Durant ces quatre mois, *il y a eu constamment un écoulement de liquide rosé par la voie vaginale ; cet écoulement qui ne fut jamais abondant, mais toujours assez coloré pour tacher la chemise en rouge pâle*, apparut une quinzaine de jours après les règles ; il se renouvela chaque jour régulièrement sans devenir plus abondant, et sans changer de caractère jusqu'au quatrième mois, époque à laquelle se fit brusquement l'avortement. Durant ce laps de temps,

(1) PARDO DE TAVERA, Thèse de Paris, 1886.

la jeune femme ne s'était exposée à aucune fatigue exagérée, et s'il est possible d'invoquer comme cause de cette légère hémorrhagie utérine, en l'absence de toute autre preuve évidente, la continuation des rapports sexuels, qui n'eurent jamais lieu avec excès ; on ne peut les incriminer que durant les six premières semaines, car pendant les deux mois qui suivirent, la malade vécut complètement célibataire par suite du départ de son mari pour la France, malgré cette absence, l'écoulement n'en continua pas moins et une nuit, de violentes douleurs annonçaient le début d'un avortement qui se terminait quelques jours après, sans suites fâcheuses.

Ces diverses observations montrent que des femmes en apparence bien portantes, toutes multipares et ayant presque toutes fait des avortements antérieurs, ont été prises de pertes rosées pendant les six premiers mois de leur grossesse. Ces pertes ont duré un certain temps, caractérisées par leur pauvreté en sang, par leur richesse en eau et ont abouti à l'expulsion du produit de conception. Elles avaient été précédées par l'issue d'un liquide aqueux comparable à celui de l'hydrorrhée, ou bien elles étaient intermittentes et interrompues par ces flux hydrorrhéiques. Dans plusieurs cas, l'expulsion de l'œuf se fit en bloc, avec rétention de caduque hypertrophiée, bien que le fœtus manifestait son existence avant l'avortement par les battements du cœur et après par les mouvements visibles dans l'intérieur de l'œuf, à travers le chorion et l'amnios intacts.

Nous pensons que, dans ces différents cas, il s'est agi bien certainement d'endométrite gravidique. Mais la maladie revêt, au point de vue des hémorrhagies, deux aspects bien distincts. Lorsque l'inflammation est aiguë, rapide, lorsque l'infection est intense, la caduque soudainement

atteinte devient le siège d'hémorrhagies brusques, abondantes et cause d'un avortement plus ou moins rapide. Il y a dans ce cas écoulement du sang rutilant, sans mélange de liquide aqueux. Ce sont là les endométrites consécutives aux infections variolique, typhique, cholérique, etc... syphilitique, de forme aiguë et rapide.

Un deuxième groupe se rapporte à des formes chroniques. Il s'agit ici de multipares bien portantes en apparence, ayant eu des accouchements ou des avortements antérieurs plus ou moins douteux en ce qui concerne les suites de couches. A l'occasion d'une nouvelle grossesse, ces femmes sont prises plus ou moins rapidement d'hydrorrhée. D'abord pure, elle s'accompagne ensuite d'hémorrhagie légère ; le liquide teint le linge en rose en même temps qu'il l'empèse ; le centre des taches est incolore ou grisâtre, la périphérie est limitée par une circonférence rougeâtre ; puis le sang devient plus foncé ; de véritables hémorrhagies fort peu abondantes, mais se continuant pendant plusieurs semaines, alternent avec les écoulements hydrorrhéiques. Malgré le repos, malgré tout traitement, le même état persiste jusqu'au jour où pour la première fois apparaissent des douleurs utérines assez intenses, suivies ou non de l'expulsion de quelques caillots. Alors l'avortement est imminent. Il se produit bientôt, et on reconnaît que le délivre est incomplet en ce qui concerne les membranes ; que la caduque est épaissie, polypeuse, qu'elle est restée en partie dans l'utérus, malgré les preuves de la vie du fœtus et malgré l'expulsion de l'œuf en bloc.

B. *Hémorrhagies des trois derniers mois.* — Elles ont trait pour la plupart à l'insertion vicieuse du placenta.

La raison de cette insertion anormale est encore peu connue. On sait qu'elle se produit de préférence chez les multipares et qu'elle se complique souvent d'adhérence anormale du délivre, sans compter que, dans bien des cas, il y a rupture prématurée des membranes, attribuée par M. le professeur Pinard au voisinage du gâteau placentaire attaché près de l'orifice utérin.

Actuellement les auteurs allemands et surtout Hofmeier (1) estiment que l'insertion vicieuse du placenta est une conséquence de l'endométrite. Kaltenbach (2) admet la même pathogénie.

Nous n'avons pas d'observation personnelle à rapprocher de ces assertions. Sans vouloir nous permettre de prendre une part active au débat, nous dirons seulement qu'il semble exister une certaine parenté entre les symptômes que nous venons d'énumérer : insertion vicieuse du placenta, rupture prématurée des membranes, adhérences anormales du délivre à la paroi utérine, etc. La rupture prématurée des membranes s'expliquerait par une exagération de leur friabilité, qui s'ajouterait au défaut d'élasticité auquel M. Pinard fait jouer le rôle capital dans le fait de la déchirure prématurée. D'ailleurs ce défaut de résistance n'existe pas toujours, puisque, dans beaucoup d'observations, on a dû perforer et dilacérer largement les membranes pour prévenir l'augmentation de l'hémorrhagie par décollement du placenta vicieusement inséré.

(1) HOFMEIER, Die Menschliche Placenta.-Wiesbaden 1890, et 2^e congrès all. 1888, p. 159.

(2) KALTENBACH, Zur Pathogen. der Placenta Prævia. *Berliner Klin. Woch.* 18 octobre 1889.

Une autre forme plus rare de perte sanguine se rencontre pendant les trois derniers mois de la grossesse. Elle n'a d'autre rapport avec l'endométrite que de prêter à confusion pour le diagnostic. C'est l'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta normalement inséré. Lorsque le sang s'est accumulé entre les cotylédons et la paroi utérine, à supposer qu'il ne se soit pas fait jour au dehors, comme cela arrive quelquefois, il est comprimé par l'utérus ; le sérum teinté de rose décolle les membranes ; et il se fait un écoulement qui peut faire croire à de l'hydrorrhée légèrement sanglante.

On évitera toute cause d'erreur en remarquant d'abord qu'il s'agit là d'une hémorrhagie tardive des derniers mois ; en outre que la perte succède généralement à un traumatisme, et qu'elle s'est manifestée chez une femme albuminurique ; en troisième lieu qu'elle s'est accompagnée d'une augmentation subite et notable du volume de l'utérus.

Tous ces symptômes servent à faire voir qu'il n'est pas question d'hydrorrhée déciduale, puisque celle-ci est marquée par une symptomatologie et par une étiologie toute différente, surtout en ce qui concerne les flux aqueux dépendant des endométrites. De fait l'hydrorrhée des derniers mois paraît venir sans cause, tandis que l'écoulement séro-sanguinolent consécutif au décollement prématuré du placenta normalement inséré, se fait après un traumatisme et chez une femme albuminurique.

III. — EXPULSION DE LAMBEAUX DE CADUQUE

On sait qu'en dehors de la grossesse certaines femmes expulsent des lambeaux de muqueuse utérine, présentant ce qu'on a désigné sous le nom de *dysménorrhée membraneuse*. On pense actuellement que ce n'est là qu'une forme particulière d'*endométrite* (1).

Or pendant la grossesse, il en est de même dans certaines circonstances. Peut-être dans quelques cas de grossesse extra-utérine, l'expulsion de caduque observée pendant les premiers temps de la gestation, ne doit-elle pas être attribuée à l'endométrite vraie. Les symptômes pathognomoniques sont rares et il n'en existe pas croyons-nous, pour les faits que nous étudions. Il n'en est pas moins vrai, que l'on rencontre quelquefois des femmes enceintes qui expulsent des morceaux de caduque épaissie, soit à l'occasion d'un avortement, soit même en dehors de toute expulsion prématurée du fœtus. Lorsqu'il s'agit d'avortement le fait est assez commun et nous n'y insisterons pas autrement. Nous ferons remarquer seulement la coïncidence de ces éliminations de caduque épaissie et de l'avortement lui-même. On a voulu établir entre les deux phénomènes une relation de cause à effet. Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous admettrions volontiers que ce sont deux effets d'une même cause. L'avortement ne détermine pas l'élimination de lambeaux de caduques, à proprement parler, il y a une raison supérieure qui domine

(1) S. Pozzi. *Gynécologie*.

et qui préside à la séparation du produit de conception et de la membrane naturelle qui l'entoure.

Plus rares sont les cas où des lambeaux de caduque sont expulsés pendant la grossesse, sans que celle-ci soit interrompue. •

OBSERVATION X. (LANDA) (1) (Résumée).

Femme de 27 ans qui à 3 grossesses successives expulsa à des périodes différentes des fragments de caduque utérine sans que les grossesses aient été interrompues.

Les lambeaux ont été soigneusement examinés et reconnus pour être de la caduque épaissie. Ils avaient une consistance molle, gélatineuse ; une de leurs faces était lisse, uniformément grenue ; elle répondait à la surface interne de la caduque. On y devinait plutôt qu'on n'y voyait les orifices glandulaires très rétrécis. L'autre face était irrégulière, à aspect vilieux et tomenteux. C'était la surface profonde de ces lambeaux de caduque dont la couleur était gris-rosé. Les cellules avaient subi la dégénérescence celloïde à divers degrés.

L'utérus était bien conformé.

Duncan a observé un cas analogue ; il en trouva l'interprétation difficile, car il n'avait trouvé pour l'expliquer, ni insertion vicieuse du placenta, ni utérus double, ni grossesse extra-utérine.

M. Doleris a fait le 10 mars 1883, à la Société de biologie, une communication sur le même sujet. Dans un cas observé à la clinique d'accouchement, le placenta était prævia, et son décollement avait entraîné celui de la muqueuse environnante ; il y a eu desquamation et élimination partielle de la caduque.

Dans un second cas, vu par M. Marius Rey, et dont les pièces ont été examinées par M. Doleris, la séparation de

(1) LANDA, Thèse de Paris, 1883.

la caduque et sa sortie ont précédé de dix jours l'expulsion du produit et du placenta.

Dans un troisième cas, il était question de la femme citée par Landa (voir observation X) et traitée par le docteur Charpentier.

M. Doleris, qui a examiné ces diverses pièces, conclut à un état pathologique de la muqueuse.

Les desquamations de la caduque sans interruption de la grossesse sont donc exceptionnelles. Elles devaient pourtant attirer notre attention en raison des relations qu'elles offrent avec l'inflammation de la muqueuse utérine.

La coexistence de ces expulsions de la caduque avec le placenta prævia serait encore un argument de plus en faveur de la théorie allemande qui explique l'insertion vicieuse du placenta par l'inflammation antérieure de la muqueuse utérine.

IV. — DOULEURS UTÉRINES

Dans les chapitres précédents, nous avons pu voir que les observations sont assez explicites au point de vue des douleurs utérines dans leurs rapports avec l'hydrorrhée ou l'hémorrhagie.

Souvent l'hydrorrhée est tout à fait indolore, parfois cependant l'hydropérionie s'accompagne de quelque malaise, et l'hydrorrhée déciduale revêt une forme particulière dans laquelle des sensations pénibles sont ressenties dans le bas-ventre.

Les hémorrhagies graves sont précédées, accompagnées ou suivies de contractions utérines douloureuses pendant

les six premiers mois de la grossesse. Lorsqu'elles se font jour en petite quantité, lorsque les linges sont à peine rougis par un liquide rosé, très fréquemment la douleur est légère ou molle. Ce n'est qu'aux approches de l'expulsion proprement dite, qu'elle s'accroît, qu'elle devient manifeste.

Jacquemier rapporte les douleurs utérines du début de la gestation :

1° A des congestions actives ou passives ;

2° A la distension de l'organe par un œuf trop volumineux ;

3° A la fixité anormale de la matrice, par adhérences péritonéales du voisinage ;

4° A des inflammations utérines ;

5° A ce qu'on a appelé en Allemagne le *rhumatisme utérin*.

De ces diverses causes, nous ne retiendrons que la quatrième.

« Les inflammations aiguës, franches, très rares pendant la grossesse, peuvent se présenter sous les différentes formes qu'elles offrent à la suite de l'accouchement, c'est-à-dire envahir simultanément le péritoine et l'utérus, donner lieu à de la suppuration dans les veines et les lymphatiques, au ramollissement ou à la putrescence du tissu propre.

M. Burns, qui a eu plusieurs fois l'occasion d'observer l'inflammation de l'utérus pendant la grossesse, s'exprime ainsi sur ses caractères et sur ses suites : « L'utérus lui-même, à différentes époques de la grossesse, est sujet à devenir douloureux et même à être affecté de spasme. Dans tous les cas qui sont à ma connaissance, l'œuf a été expulsé

et dans quelques-uns la malade a succombé bientôt après » (Jacquemier).

Toutefois cette description est trop vague, pour qu'on puisse en faire une caractéristique de l'inflammation utérine.

En résumant ce chapitre, nous dirons que d'une façon générale, la douleur utérine est un symptôme d'avortement ; celui-ci n'étant lui-même que la conséquence d'un état pathologique antérieur, d'une endométrite, dans les faits que nous considérons.

V. — EXPULSION PRÉMATURÉE DU PRODUIT DE CONCEPTION. —
AVORTEMENT ET ACCOUCHEMENT AVANT TERME.

Tout ce qui précède aboutit à l'étude de l'expulsion prématurée de l'œuf dans les cas d'endométrite.

Ou bien l'avortement se fera brusquement, soudainement, et un premier symptôme aura été une hémorrhagie grave ; c'est le cas des endométrites aiguës déterminées par les fièvres et par les infections rapides et profondes ; ou bien l'avortement ou l'accouchement prématuré aurait été précédé pendant un temps souvent long par de l'hydroporrhée, des hémorrhagies plus abondantes, mais à répétitions, quelquefois par l'élimination de débris de caduque, enfin et plus immédiatement par des douleurs utérines qui finissent par être un symptôme de la contraction utérine.

Nous l'avons déjà répété plusieurs fois, l'avortement et l'accouchement prématuré ne sont que des expressions symptomatiques. Entre une maladie causale, comme la syphilis, par exemple, et l'expulsion prématurée de l'œuf,

il y a un intermédiaire. Dans les cas que nous étudions cet intermédiaire est l'endométrite. Or cette interprétation est bien nette, pensons-nous, pour les faits où le fœtus est expulsé vivant, en même temps que la caduque reste retenue dans la matrice.

L'étiologie immédiate de l'avortement est ainsi plus précise. Dans bien d'autres maladies, on voit intervenir les lésions de l'endométrite, produites par une lésion primitive, et donnant lieu secondairement à l'avortement.

Comment par exemple agit le cancer du col utérin, pour amener la terminaison hâtive de la grossesse. De plusieurs manières sans doute, mais beaucoup d'auteurs ont observé l'endométrite du corps utérin consécutive au cancer du col en dehors de la gravidité. Et Rutledge (1) a rapporté un fait dans lequel l'avortement fut dû à la présence d'une endométrite.

Il est probable que les fibromes sont de nature à agir de même.

Nous nous gardons bien pourtant d'être exclusifs et d'éliminer les autres causes d'irritation utérine dans la pathogénie de l'avortement.

VI. — MOLE HYDATIFORME.

Pour essayer d'être complet nous citons ici les lésions de la caduque dans le cas de môle hydatiforme. Il existe en effet, en pareille circonstance, de l'endométrite chronique, et la symptomatologie présente en outre une série d'hémorrhagies précédées par des écoulements séreux qui

(1) *Cancer utérin et grossesse*, Berlin 1876, in thèse de BAR.

peuvent avoir certaines ressemblances avec ce que nous décrivons. Mais nous n'aborderons pas la question de savoir si l'endométrite est primitive ou consécutive, si elle est la cause ou l'effet de la dégénérescence des villosités choriales.

VII. — MORT DU FŒTUS.

Le fœtus succombe dans la cavité utérine à des altérations multiples ; tout ce qui le concerne personnellement, tout ce qui a trait à ses organes splanchniques ou aux villosités placentaires, considéré comme siège primitif de la maladie, ne nous intéresse pas.

Mais il peut arriver, et nous en avons cité des exemples plus haut, que la caduque malade s'oppose à la nutrition de l'œuf, et que le produit de conception meurt par le fait de ces transformations.

VIII. — GROSSESSES PROLONGÉES.

Encore une question incomplètement élucidée. Les grossesses prolongées existent, malgré ce qu'on en ait dit. Et on peut se demander pourquoi l'œuf n'est pas chassé de l'utérus en temps voulu.

Un fait domine la séparation de l'œuf d'avec la paroi utérine, *c'est le décollement des membranes*. C'est lui, qu'on recherche dans l'accouchement prématuré artificiel, pratiqué à l'aide des procédés contemporains. Or si ce décollement, qui d'habitude commence par l'extrémité inférieure de l'œuf, ne se produit pas, on conçoit que le point de départ du réflexe qui aboutit à la contraction utérine fasse

défaut. L'enfant reste alors dans la matrice, il s'y développe, et peut même acquérir un volume exagéré jusqu'au jour où enfin il sera expulsé au dehors.

L'adhérence des membranes au segment inférieur de l'utérus est souvent le résultat d'endométrite ancienne, et c'est pourquoi nous en parlons ici.

B. — **Endométrite du col.**

Pour ne pas allonger inutilement cette étude, nous nous contenterons de rappeler les agglutinations des orifices et du trajet cervical, les fongosités et les polypes muqueux qui donnent lieu à des hémorrhagies et deviennent le point de départ d'avortement et d'accouchement prématuré, etc. Il nous a été facile de recueillir des observations à ces divers points de vue. Mais nous avons préféré concentrer notre attention sur les endométrites de la caduque et ne parler du col que pour mémoire. Nous n'y reviendrons donc plus dans les chapitres suivants.

En résumé, dans ce chapitre des rapports de l'endométrite avec certains états de la grossesse, nous avons examiné longuement ceux de ces états qui nous ont paru appartenir plus ou moins directement à l'inflammation de la muqueuse utérine. Ce sont l'hydroporrhée, l'hémorrhagie, l'élimination de caduque et la douleur.

Les autres états pathologiques de la gestation n'ont été passés en revue que dans l'intention de faire le moins d'oublis possible, mais sans chercher à établir des liens trop intimes entre des phénomènes dont la cause première est encore insuffisamment connue.

CHAPITRE IV

Endométrite et accouchement.

Étudions maintenant les principaux phénomènes physiologiques de l'accouchement, dans leurs rapports avec les endométrites.

La *contraction utérine* est une action réflexe dont le point de départ est la surface interne de l'organe. Si l'œuf est décollé, il frotte sur cette face interne, il en excite les nerfs et amène la douleur expultrice. Si ce décollement ne se fait pas ou se fait mal, la contraction peut être influencée et diminuée dans son efficacité. Les adhérences normales des membranes au segment inférieur nous ont déjà arrêté ; nous n'y reviendrons pas.

La *dilatation du col* dépend en partie de la contraction utérine ; mais il faut aussi que les orifices cervicaux soient libres ; il faut que les lèvres de l'orifice interne ne soient pas agglutinées ensemble, et d'autre part qu'elles n'aient pas non plus contracté d'adhérences trop solides avec les membranes de l'œuf, car la poche des eaux ne pourrait se former et le travail s'en trouverait ralenti.

Hecker, décrit un cas où la solide adhérence de l'extrémité inférieure de l'œuf et du segment inférieur *par une caduque épaissie*, s'est opposée à la dilatation.

Kaschewarowa cite un fait analogue, où malgré de fortes douleurs la dilatation fut très longue.

Kaltenbach (1) a vu une femme dans les mêmes conditions ; de plus elle avait eu de l'hydrorrhée pendant les premiers mois de sa grossesse.

Il peut se faire que bien qu'il n'existe pas d'adhérence excessive, les membranes aient subi un épaissement exagéré ; elles sont devenues trop solides. Elles ne glissent pas dans le col, et de plus, elles opposent une véritable barrière à la progression du fœtus. Il faut alors les rompre artificiellement pour lui livrer passage.

Dans des conditions inverses, les membranes mal nourries par un caduque malade, sont friables, peu résistantes, elles se rompent au moindre mouvement ; de là des ruptures prématurées aboutissant en fin de compte à l'avortement et à l'accouchement avant terme.

(1) ZEITSCHRIFT. I, 2, 1879, p. 225.

CHAPITRE V

Endométrite et délivrance.

Les points importants à retenir sont l'adhérence anormale possible du placenta et des membranes ; et en outre la friabilité de ces organes qui favorise leur déchirure et leur rétention.

L'adhérence est totale ou partielle, et selon les cas, ou bien le placenta est entier, ce qui est rare, ou bien les membranes dans toute leur étendue, restent fixées à l'utérus. Dans d'autres cas, ce n'est qu'un cotylédon ou qu'une parcelle de membrane qui adhère trop intimement. Enfin, et dans les cas qui nous occupent, la caduque reste seule fixée à la surface interne de la matrice, alors que le placenta et les membranes de l'œuf proprement dites, amnios et chorion, sont rejetées au dehors. Faisons remarquer encore une fois que dans les faits d'endométrites que nous présentons, il y a rétention de caduque bien que le fœtus soit né vivant. Il y a là analogie avec ce qu'on rencontre d'habitude quand le fœtus est mort et macéré.

CHAPITRE VI

Endométrite et suites de couches.

Nous avons hâte d'arriver à ce chapitre. Car c'est ici que nous citons un certain nombre d'observations inédites, empruntées à plusieurs de nos maîtres et qui ont trait à des faits relativement moins connus que ceux que nous avons étudiés jusqu'ici.

Nous commencerons par l'observation prise dans le service du professeur Tarnier, par notre excellent ami le Dr David ; observation dont le professeur Tarnier fit son sujet de clinique le 28 avril 1894 et qui nous inspira le sujet de notre thèse.

OBSERVATION XI (Inédite). — *Troisième grossesse. — Avortement de cinq mois. — Rétention partielle de la caduque épaissie. — Infection puerpérale. — Curettage. — Guérison.*

La nommée M..., femme P..., âgée de 20 ans, modiste, entrée à la clinique de la rue d'Assas, dans le service du professeur Tarnier, le 15 avril 1894.

Ses antécédents personnels sont assez brefs.

Elle ne sait à quel âge elle a marché. Elle a été élevée au sein. Premières règles à l'âge de 15 ans, non douloureuses, irrégulières, durant huit jours.

Il y a 4 ans, bronchite qui a duré près de 3 mois ; depuis la malade tousse beaucoup chaque hiver.

Elle a eu déjà deux grossesses.

La première terminée par accouchement à terme le 22 janvier 1890 ;

garçon. Accouchement normal. Suite de couches bonne. Peu de temps après, dans l'intervalle des règles, quelques pertes blanches.

A l'occasion de la deuxième grossesse : *fausse couche de 2 mois et demi*, au mois de juin 1890 ; et *consécutivement douleurs dans le ventre*. A ce moment là la malade dit avoir eu une péritonite et avoir gardé le lit 25 jours.

La 3^e grossesse est celle qui nous occupe.

Les dernières règles ont eu lieu dans les premiers jours du mois de novembre 1890. Les mois suivants, décembre et janvier, à l'époque habituelle de ses règles, la malade a perdu du sang, mais en bien moins grande quantité. A la fin du premier mois, elle a eu quelques vomissements.

Le 15 avril, date de son entrée à l'hôpital, la malade *perdit beaucoup d'eau* ; dans la journée elle a quelques douleurs et vient le soir à la consultation. Là elle se plaint en outre d'avoir beaucoup maigri dans ces derniers temps et de tousser beaucoup. Elle a en plus des sueurs nocturnes abondantes.

A l'examen du thorax on trouve à la percussion et en avant un peu de submatité, plus prononcée à droite qu'à gauche. Presque rien en arrière.

A l'auscultation à droite et en avant des craquements humides assez abondants ; de même à gauche avec un peu d'expiration prolongée.

Depuis quelque temps la malade se plaint d'avoir peu d'appétit, et elle accuse une douleur vive au niveau de la région épigastrique et en arrière au niveau de la colonne vertébrale. A la palpation cette douleur est assez vive et s'irradie sur les parties latérales gauches de l'abdomen.

A l'examen du ventre on constate que le fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On sent par le palper, la tête en bas dans l'excavation, le dos à droite le siège en haut et à gauche. On entend les battements du cœur à droite de la ligne médiane.

Au toucher, col mou, diminué de longueur et largement perméable. La malade se plaignant en outre de douleurs vives dans les reins et le ventre, M. le docteur Tissier, chef de clinique, craint une fausse couche et engage la malade à rester à la clinique.

C'est alors, dans la nuit du 15 au 16 avril à minuit 30 minutes, que les douleurs devenant de plus en plus fortes, la malade est transportée à la salle d'accouchement. A ce moment le fœtus se présente en S. I. G. A. La dilatation est complète à 3 heures 30 du matin et à 3 heures 50,

a lieu l'expulsion d'un fœtus du poids de 990 grammes qui a fait quelques inspirations.

Après l'accouchement, pas d'hémorrhagie.

La délivrance se fait naturellement à 5 heures 40 du matin, et aussitôt après on fait une injection intra-utérine au sulfate de cuivre.

Le placenta est complet, les membranes complètes, mais on trouve que la caduque épaissie en certains points manque en beaucoup d'autres. — Sur la face utérine des membranes on trouve un vieux caillot jaunâtre de la largeur d'une pièce de 5 francs et rouge à la coupe.

Le 16 avril à 8 heures 30 du matin, la malade perd un peu de sang, M. Tissier lui fait donner une injection vaginale chaude au permanganate de potasse. A 10 heures du matin, l'hémorrhagie commence de nouveau. M. le professeur Tarnier l'examine lui-même et ne trouve rien ni dans le vagin ni dans l'utérus. On donne de nouveau une injection vaginale très chaude et l'hémorrhagie cesse. A 1 heure 20, de l'après-midi, nouvelle hémorrhagie, Mlle Landais, après avoir fait une troisième injection vaginale chaude fait cette fois une injection intra-utérine. C'est alors que l'hémorrhagie s'arrête.

Le 17. — La malade perd un peu de sang, mais en très petite quantité. Pas de douleurs dans le ventre.

Le 18. — Même état jusqu'au soir, où la malade vomit ses aliments.

Le 19. — Rien de nouveau.

Le 20. — Rien jusque dans l'après-midi. A 1 heure 30, la malade se plaint de perdre un peu. M. le Dr Demelin l'examine à ce moment. Il trouve un ventre douloureux. Au toucher il constate que le col de l'utérus est entr'ouvert ; il introduit alors un doigt dans l'utérus et sent sur la paroi postérieure une saillie assez volumineuse qu'il essaie de décoller. Il ne peut qu'en détacher quelques morceaux, ressemblant assez à des débris de cotylédons ; et présentant une odeur assez forte. M. Demelin cherche alors à enlever toute la masse ; pour cela, il introduit une main dans le vagin et avec deux doigts dans l'utérus il essaie de décoller cette masse. Il en enlève le plus possible et fait une injection intra-utérine au permanganate de potasse. C'est alors que la malade a un petit frisson le soir et que la température qui jusque là était normale monte à 38°8 d'emblée.

Le 21. — La malade n'a pas dormi de la nuit. Elle a eu des douleurs dans le ventre, mais sans nouvelles pertes de sang. La température ce jour-là monte à 39°. C'est à ce moment que le professeur Tarnier se dé-

cide à intervenir. On met la malade dans une salle d'isolement et après chloroformisation, M. Tarnier fait le curettage avec la curette tranchante. Il ramène une assez grande quantité de caduque, et après lavage intra-utérin il introduit dans la cavité utérine l'écouvillon chargé de glycérine créosotée. Après un pansement vaginal et vulvaire avec gaze iodoformée, la malade est remise dans son lit. Toute l'après-midi elle est agitée, elle a des difficultés pour respirer ; le soir elle présente un peu de délire. La température monte à 39°8.

Dans la journée les débris retirés par le Dr Demelin, sont examinés par M. Vignal, chef de Laboratoire, qui n'y trouve aucune trace de villosités choriales et constate qu'il y a là seulement de la caduque épaissie.

Le 22. — Après avoir été agitée toute la nuit, la malade se trouve plus calme le matin. Cependant elle se plaint toujours d'un gêne respiratoire. Le ventre est un peu douloureux, la température est tombée brusquement de 39°8 à 36°8.

Une odeur assez forte se dégage de la vulve, M. Tissier fait une injection intra-utérine au permanganate de potasse et applique un pansement à la gaze iodoformée.

Le soir l'odeur vulvaire persistant, M. Tissier fait un nouveau pansement.

Le 23. — La malade se trouve mieux ; nuit excellente ; douleurs de ventre moins vives, mais l'odeur vulvaire est toujours forte. Nouveau et même pansement.

Dans la journée injections vaginales toutes les 3 heures.

Le 24. — Même état ; l'odeur vulvaire diminue.

Le 25. — La malade se plaint de quelques douleurs dans le ventre, mais pas de température ; écoulement vaginal peu odorant. On donne 0,50 centigr. de sulfate de quinine.

Le 26. — Plus d'odeur, douleur abdominale amoindrie.

Encore 0,50 centigr. de sulfate de quinine.

Le 27. — Très bonne nuit. Plus de douleur.

Le 28. — Même état ; on ramène la malade dans la salle des accouchées.

Le 29. — Rien de nouveau.

Le 30. — Exeat sur la demande de la malade.

Guérison aussi complète que rapide.

OBSERVATION XII (Inédite). *Cinquième grossesse. — Avortement de 5 mois 1/2. — Friabilité et adhérence des membranes. — Rétention des débris de membranes dans la cavité utérine. — Extraction partielle. — Injection intra-utérine. — Guérison.*

Le 8 avril 1891, entre à la clinique de la rue d'Assas, dans le service de M. le professeur Tarnier la nommée B... Pauline, âgée de 29 ans, journalière. De bonne constitution ; à bassin normal, elle a marché à 9 mois ; et a été élevée au sein.

Ses premières règles ont eu lieu à 15 ans, régulières, leur durée 4 à 5 jours.

A eu 4 grossesses antérieures, dont une fausse couche à 2 mois 1/2, il y a deux ans ; les autres à terme ; il y a 5 ans, un garçon vivant ; il y a 3 ans, une fille vivante également, il y a dix-huit mois, un garçon lui aussi vivant.

Ses dernières règles ont eu lieu vers le 2 novembre 1890 ; l'époque présumée de la grossesse serait donc de 5 mois 1/2. Depuis le troisième mois c'est-à-dire depuis un mois environ, *la malade se plaint de pertes d'eau rougie*. Le 6 avril *elle a une perte de sang abondante* pendant la nuit ; le 7 avril nouvelle perte, mais moins forte. Le 8 avril, on constate un œdème des membres inférieurs avec varices abondantes. Le fond de l'utérus est à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On entend les battements du cœur fœtal à droite de la ligne médiane. Au toucher col long, non modifié.

Jusqu'au 28 avril, rien de bien particulier ; mais à cette date la malade est prise à 4 heures du matin de violentes douleurs. A 7 heures 15, la dilatation est complète, *les membranes se sont rompues on ne sait quand*. A 7 heures 30, a lieu l'expulsion naturelle d'une petite fille qui meurt aussitôt après quelques inspirations.

La délivrance se fait spontanément, le 28 avril à 3 heures du matin. Les cotylédons sont friables, déchiquetés avec caillots. Les membranes, chorion et amnios sont également friables.

Après la délivrance, on introduit deux doigts dans la cavité utérine, et on procède à l'extraction de morceaux de membranes et de caillots.

On fait une injection intra-utérine au permanganate de potasse.

Jusqu'au 9 mai, date de sa sortie, la malade ne présente pas d'accidents et sort complètement guérie.

En résumé, friabilité avec adhérence des membranes.

OBSERVATION XIII (Inédite).

La nommée A. âgée de 39 ans, entre à la clinique de la rue d'Assas, dans le service du professeur Tarnier, dirigé alors par M. Maygrier.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, sans douleurs ; elle a eu 8 accouchements à terme ; 5 fausses couches en plus. La dernière a eu lieu le 25 mars 1890. Depuis elle perd toujours du sang, et elle prétend qu'un morceau de délivre est resté dans l'utérus.

Le 6 août 1890, c'est-à-dire quatre mois après sa fausse couche, elle est admise à la clinique. Pertes de sang en petite quantité pendant toute la journée. Le matin, nouvelle petite perte.

Le 8, injection chaude ; le liquide revient rouge, à peine chargé de quelques débris ;

Le 10, perte de sang comme à l'habitude, le 11, perte considérable.

Le 12, légère perte, le 13 pas de perte ;

Le 14, le 15, le 16, jusqu'au 22, le sang continue à couler en très faible quantité ;

Le 22, application d'une tige de laminaire ;

Le 26, dilatation avec les bougies de Hegar ;

Le 30, M. Demélin introduit le doigt jusqu'au fond de l'utérus ; il y reconnaît l'existence de saillies inégales et molles ; avec une pince conduite sur le doigt, il saisit cette masse, la tord sur elle-même et l'attire au dehors. Injection chaude intra-utérine.

Les pertes vont en diminuant très sensiblement à partir de cette époque et le 15 septembre, la femme sort.

OBSERVATION XIV (Inédite) *Dixième grossesse.* — *Accouchement prématuré, spontané.* — *Adhérences intimes du placenta.* — *Rétention des membranes.*

La nommée Léonie F. âgée de 30 ans, pulmonaire, entre le 26 février 1894, à la clinique de la rue d'Assas, dans le service du professeur Tarnier.

De bonne constitution et à bassin normal. Elle ne sait au juste quand elle a marché ; a été élevée au lait d'ânesse.

Réglée à 7 ans puis à 9 ans, d'une façon irrégulière, avec arrêt de 5 à 6 mois. Durée des règles de 6 à 8 jours.

Le 9 décembre 1889, est entrée à l'hôpital Pascal pour *pertes blanches*

continues ; et après un curettage et une opération de Schræder, les pertes ont reparu.

A eu déjà neuf grossesses. En 1870, avortement de trois mois, en 1873, avortement de 3 mois ; en 1877, accouchement prématuré de 6 mois, en 1878, accouchement à terme d'un garçon mort en 1 heure. En 1879, accouchement à terme gémellaire ; un garçon et une fille. Basiotripsie pour le garçon ? la fille a vécu six semaines à la Maternité.

En 1881, accouchement à terme d'un garçon mort à 26 mois du croup.

En 1883, accouchement prématuré d'un garçon.

En 1885, accouchement à terme d'une fille.

En 1887, accouchement à terme d'un garçon. — Présentation de l'épaule. Version. — Mort à 27 mois de tuberculose.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 4 au 7 juillet 1890.

L'époque présumée de la grossesse serait donc de 7 mois 1/2. Pendant sa grossesse, la malade a présenté des vomissements alimentaires, des hématomèses rouges, de la céphalalgie, de la leucorrhée, des pertes de glaires rouges.

Le 2 mars, la maladie après de violentes douleurs expulse un fœtus ; fille vivante, mais qui mourut le deuxième jour.

On fut forcé de faire la *délivrance artificielle*. On trouve une rétraction de l'orifice interne avec *adhérences intimes du placenta*.

Le décollement en fut très difficile, et demanda largement 45 minutes ; la face interne était déchiquetée. *Les membranes étaient absentes.*

OBSERVATION XV (Inédite) due à l'obligeance de M. le Docteur MAYGRIER.

— *Accouchement prématuré chez une secundipare. — Rétention partielle des membranes.*

Amélie B., âgée de 22 ans, électricienne, entre le 15 juin 1891, à La Pitié dans le service d'accouchement du docteur Maygrier.

De bonne constitution. — A marché à 17 mois.

Premières règles à 13 ans ; ni douloureuses ni abondantes. Les règles suivantes très irrégulières ; elles sont restées quelquefois 2 et 3 mois sans paraître. Dans l'intervalle fréquentes pertes blanches, légères et indolores.

A 16 ans, la malade devient anémique ; on la soumet au régime to-

nique et aux ferrugineux ; ses pertes augmentent alors notablement.

Cette *endométrite* qui l'obligea à prendre souvent des injections vaginales dura jusqu'à la dernière grossesse. Première grossesse à 19 ans ; accouchement normal à terme, l'enfant vit encore et se porte bien.

Après cette première grossesse, léger eczéma. Les pertes blanches continuent toujours jusqu'à la grossesse actuelle.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 15 novembre 1890, la malade cependant se croit enceinte depuis le 25 octobre, date de ses règles précédentes ; car elle eut pendant tout le mois de novembre des étourdissement et des nausées. Elle était donc enceinte de 8 mois environ à son entrée à l'hôpital.

Aucun accident pendant sa grossesse, si ce n'est un léger œdème des membres inférieurs et une varice à la partie interne de la cuisse gauche.

Le 15 juin 1894, la malade ressentit de légères douleurs abdominales et en même temps ses pertes blanches étaient devenues plus abondantes. Se croyant en travail, elle entra à la consultation d'accouchement le même jour à midi à la Pitié.

Au palper on trouve une tête légèrement engagée, front à droite, dos à gauche ; le maximum des bruits cardiaques s'entend sur le milieu de la ligne ilio-ombilicale inférieure gauche.

L'utérus remonte à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et est dévié à droite. Au toucher ; col assez long et très ramolli ; l'orifice externe est très ouvert, l'orifice interne très résistant à peine dilaté comme 2 fr.

On arrive sur les membranes et la suture sagittale. Les douleurs utérines sont assez légères et les contractions intermittentes. Il y a donc début de travail ; la malade n'étant pas à terme et la poche des eaux n'étant pas rompue, on essaye de l'arrêter ; on met la malade au repos absolu et on lui administre plusieurs lavements laudanisés. Sous l'influence de ce traitement approprié, les pertes et les douleurs utérines cessent complètement. Le 20 juin à 9 heures 15, la gestante perd subitement les eaux au milieu de son sommeil. On pratique le toucher, le col est très ramolli, mais pas complètement dilaté, l'orifice interne très résistant et toujours dilaté comme une pièce de 2 francs. On transporte la femme dans la salle d'accouchement.

A 11 heures 30, effacement complet du col ; douleurs utérines très espacées ; à 1 heure 15, dilatation de 5 francs ; douleurs plus rapprochées, mais très irrégulières ; à 3 heures 20, dilatation comme la paume de la main. à 5 heures dilatation complète, rotation de la tête et dégagement

en O. P. Aussitôt l'accouchement, l'utérus se rétracte et la femme n'a aucune hémorrhagie.

A 6 heures la délivrance n'étant pas encore faite et le placenta restant dans le vagin, on fait de légères tractions sur le cordon en s'aidant de l'expression utérine. — Une partie des membranes reste adhérente à la paroi utérine.

A 7 heures la délivrance ne se faisant pas, on pose une ligature sur les membranes et on fait une grande injection intra-utérine au permanganate de potasse de 5 à 6 litres environ. Le placenta est complet.

En résumé, cas d'adhérences des membranes.

OBSERVATION XVI (Inédite) due à l'obligeance de M. le Docteur MAYGRIER.

— *Accouchement prématuré chez une secondipare. Rétention de la caduque.*

La nommée Adèle D., âgée de 23 ans, domestique, entre le 24 avril 1881, à la Pitié, dans le service d'accouchement du Docteur Maygrier. De bonne constitution, bassin normal. A marché à 6 ans, à 12 ans a eu la rougeole.

Réglée à 13 ans; règles abondantes, assez douloureuses qui durèrent 8 jours; les règles suivantes furent régulières, toujours aussi abondantes et à durée de 5 jours environ.

A 19 ans, devient anémique; on lui institue un régime tonique. A ce moment elle a une jaunisse, à la suite d'une émotion vive, dit-elle; et accompagnée d'œdème.

Elle aurait gardé le lit pendant un mois.

A partir de cette époque la malade aurait eu de fréquentes épistaxis, surabondantes et se continuant pendant les deux grossesses qu'elle eut plus tard, avec céphalalgies fréquentes, rougeurs subites de la face à la suite de la moindre émotion.

Première grossesse, au milieu de juillet 1888, et le 23 juillet 1889, accouchement prématuré d'un enfant de 7 mois. Pendant cette grossesse, deux attaques d'influenza durant 15 jours et l'obligeant à garder le lit.

Depuis l'âge de 20 ans, en outre, elle a eu des pertes légèrement sanglantes en dehors de ses règles; ces pertes ont surtout augmenté au moment de ses 2 attaques d'influenza. Elle consulte alors un médecin, qui prenant cela pour de l'anémie, lui institue le traitement ferrugineux.

Elle eut un accouchement prématuré, à délivrance normale, l'en-

fant, une fille, trop petite, ne put prendre le sein et mourut au bout de huit jours.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 14 au 20 septembre 1890. Les six premiers mois se passent assez bien si ce n'est qu'aux époques menstruelles, la malade a des pertes légèrement sanguinolentes peu abondantes, aux épistaxis fréquentes surtout le matin, céphalalgie, douleur abdominale et légère et crampes dans les jambes.

A partir du 7^e mois, c'est-à-dire au milieu du mois de mai dernier les pertes deviennent plus abondantes et plus fréquentes. Le ventre devenu très dur surtout à droite, très douloureux par intermittence surtout la nuit.

Pas de vomissements, ni d'œdème ; un peu de dyspepsie.

Le 14 avril 1891, entrée de la malade à la Pitié à la consultation d'accouchement : elle se plaint de douleurs dans les reins et dans le bas-ventre avec pertes légèrement sanglantes. Cet état d'ailleurs durait depuis le mois de mars. Jusque là la malade n'avait pas senti son enfant remuer, et elle supposait même qu'elle n'était pas enceinte.

A l'examen, on reconnaît une présentation du siège ; col long, complètement fermé. Comme la gestante est menacée d'accouchement prématuré on la garde et on lui administre plusieurs lavements laudanisés : on lui fait également une piqûre de morphine. Sous l'influence de ce traitement les douleurs diminuent et le lendemain mardi, 12 au soir, le parturiente sent pour la première fois son enfant remuer.

Le vendredi suivant, les douleurs ayant complètement disparu ainsi que les pertes, la malade rentre chez elle.

Dans la nuit du 23 au 24 avril, la femme éprouve de légères douleurs abdominales et le lendemain à 8 heures du matin la poche des eaux se rompt ; pendant toute la journée la malade perd de l'eau et sent de vives douleurs dans les reins et le bas-ventre.

A 6 heures du soir voyant que les douleurs augmentent, elle entre de nouveau au service d'accouchement de la Pitié. La sage-femme qui l'examine trouve une présentation du siège en S. I. G. A. Au toucher, col long, ouvert dans toute son étendue.

La malade ayant des contractions utérines douloureuses et intermittentes on lui donne à 9 heures du soir 2 lavements laudanisés et une piqûre de morphine. Nuit bonne. A 7 heures du matin la dilatation était comme la paume de la main.

A 9 heures 40 le siège apparaît à la vulve ; l'enfant perdant son mé-

conium et étant en souffrance, on dégage rapidement le fœtus. A 9 h. 45 l'accouchement est terminé. Délivrance normale. 15 minutes plus tard c'est-à-dire à 10 heures on fait une injection chaude intra-utérine avec la sonde de Budin avec 2 litres de liquide antiseptique à 50°. Placenta complet pesant 410 grammes.

Membranes intactes, *mais la caduque manque.*

Sur la face externe du placenta, on constate quelques caillots superficiels signes d'une légère hémorrhagie récente.

Pendant la journée et la nuit suivantes la malade a des tranchées utérines. Le lendemain 29 avril on doit lui administrer des lavements laudanisés ; *et elle expulse spontanément un morceau de caduque.* — Les douleurs continuent la nuit suivante ; même traitement avec cataplasmes laudanisés.

Le 28 avril, dans la journée, *nouvelle expulsion en masse d'un assez gros morceau de caduque.*

Depuis la malade va mieux et finit par sortir tout à fait guérie.

OBSERVATION XVII (inédite) due à l'obligeance de M. le docteur MAYGRIER. — *Quatrième grossesse. — Avortement de 3 mois. — Hydrorrhée. — Délivrance artificielle. — Rétention partielle de la caduque.*

La nommée X. entre vers la fin du mois de juin à la Pitié, dans le service d'accouchement du docteur Maygrier.

On ne trouve rien dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels : née à terme, nourrie au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 2 ans. A marché à 11 mois.

A 13 ans 1/2 apparition des premières règles ; menstruation normale durant une année, puis, à la suite d'un refroidissement au moment des époques, suppression des règles pendant six mois consécutifs. Depuis, règles toujours douloureuses et irrégulières.

A l'âge de 15 ans la malade devient chloro-anémique ; elle était très pâle, s'essoufflait facilement avec accès de gastralgie. A 21 ans, elle eut la rougeole. Elle ne se rappelle aucune autre maladie, mais elle est restée toujours très nerveuse.

Antécédents obstétricaux. — Mariée à 22 ans. Ses règles se suppriment trois mois après son mariage. Elle reste ainsi pendant deux mois et demi sans hémorrhagie menstruelle ; deux mois après *elle eut des pertes*

de sang abondantes qui la retinrent au lit pendant 13 jours. Elle ne consulta ni médecin ni sage-femme.

Elle devint enceinte après cet *avortement probable*, sa grossesse fut normale et elle accoucha à terme d'une fille actuellement bien portante.

Les suites de couches furent pénibles ; elle eut de vives douleurs dans le ventre, de la fièvre et garda le lit pendant 40 jours.

Depuis ce dernier accouchement la malade n'a cessé de souffrir du ventre ; ses règles sont abondantes, irrégulières, elle a des pertes blanches dans l'intervalle. De plus le nervosisme s'est nettement accentué ; elle a eu des attaques de nerfs assez fréquentes qui, il est vrai, ont disparu depuis 7 mois.

L'année dernière, un matin, à son réveil, elle s'est aperçue que son bras gauche était paralysé. A l'Hôtel-Dieu on constata une monoplégie du bras gauche avec anesthésie très marquée du pouce et de l'index. La malade prit du bromure de potassium et les choses rentrèrent dans l'ordre 3 semaines après.

Actuellement la malade est toujours très nerveuse ; mais à part une légère diminution de l'acuité auditive, de l'oreille gauche et l'anesthésie pharyngée on ne constate aucun stigmate hystérique. Elle offre tous les caractères de l'anémie : pâleur des téguments et des muqueuses ; souffle anémique à la base du cœur et dans les jugulaires.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 12 au 18 mars 1891. Depuis ce temps la malade souffrait dans les reins et dans le ventre plus qu'à l'ordinaire ; elle avait des pertes blanches et par deux fois elle a perdu du sang. Une semaine avant sa fausse couche, elle eut de l'hydropisie très abondante, précédée de vives douleurs ; le sang apparut le mardi soir ; elle perdit abondamment le samedi et le dimanche ; le lundi matin elle perdit de nombreux caillots au milieu desquels un médecin découvrit la présence d'un fœtus d'environ trois mois.

La malade est amenée à la Pitié, non délivrée. Elle est très pâle, très affaiblie ; pouls faible, aspect lipothymique. Les vêtements et les organes génitaux sont couverts de sang ; le cordon grêle se voit lorsqu'on entr'ouvre les grandes lèvres. Après un grand lavage, l'examen fournit les résultats suivants : vagin dilaté, col largement ouvert, non effacé, perméable au doigt ; on arrive, facilement sur l'œuf en partie engagé dans la cavité cervicale.

Injection intra-utérine chaude au sublimé au 1/5000. Repos horizontal. Le soir à 5 heures délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

L'œuf paraît intact ; il pèse 100 grammes. Le placenta est œdemateux. *Les membranes sont épaissies, et paraissent complètes à l'exception de la caduque.*

Dans l'après-midi l'état général de la malade s'est beaucoup amélioré ; il y a moins d'abatement ; cependant une légère hémorrhagie persiste ; on pratique un nouvel examen : le col est toujours perméable ; on introduit facilement le doigt dans la cavité utérine où l'on sent nettement une partie des membranes que l'on décolle peu à peu.

Les annexes pèsent 100 grammes. Les dimensions et le volume sont ceux d'un œuf de trois mois, gros comme une orange.

Les membranes ont été rompues au niveau du pôle inférieur de l'œuf pour le passage du fœtus ; la cavité de l'œuf est vide de liquide amniotique et ne contient qu'un cordon grêle gros comme une plume de corbeau.

La surface externe de l'œuf est lisse ; elle est constituée par la caduque ovulaire, et en ouvrant cette membrane on arrive sur le chorion reconnaissable à ses villosités.

Vers le pôle supérieur de l'œuf on remarque un renflement discoïde constitué par le placenta ; celui-ci a une circonférence égale à une pièce de 2 francs, et a un aspect noirâtre dû à l'infiltration du sang coagulé entre ses villosités.

Les annexes sont remarquables par l'existence d'une caduque utérine charnue, épaissie, déchiquetée, présentant à sa surface de nombreux pertuis glandulaires. Cette membrane n'a pu être extraite qu'après l'expulsion de l'œuf.

L'examen du fœtus n'a pu être fait.

Parmi les observations qui précèdent, les unes se rapportent simplement à des cas d'adhérences anormales des membranes ou du placenta, suivis des phénomènes septiques. Les autres beaucoup plus concluantes à notre point de vue sont les faits probants, nous semble-t-il de rétention de caduque après endométrite, et suivie d'accidents infectieux ou d'hémorrhagie.

Les observations nous paraissent surtout nettes à cet égard. Chez certaines de ces femmes la fièvre est apparue

rapidement après l'accouchement et la putridité s'est emparée des débris de caduque restés dans l'utérus. L'une d'elles a dû subir le curettage qui d'ailleurs a produit un excellent résultat. Enfin la dernière, quatre mois après avoir fait une fausse couche, avait encore des pertes entretenues par un épaissement pathologique de la caduque placentaire, adhérente au fond de l'utérus. L'ablation de cette caduque mit fin aux hémorrhagies.

Dans le même ordre d'idées, Hégar (1) cite un cas, où, chez une femme syphilitique deux à quatre jours après l'accouchement d'un enfant paraissant sain, sortit un sac épais, formé par la caduque seule. Cette femme, le 7^e jour, eut de la métrite-phlébite avec fièvre. L'examen microscopique montra une augmentation des cellules de la caduque et prouva que le produit rejeté n'était constitué que par de la caduque seule.

Kaltenbach (2) a rencontré des faits analogues ; il a vu lui aussi la caduque être expulsée seule sous la forme d'un sac isolé des autres membranes, plus ou moins longtemps après la délivrance.

En résumé, la caduque malade reste dans certaines circonstances adhérente à l'utérus, après s'être séparée des autres membranes, même quand le fœtus a été expulsé vivant: Qu'il s'agisse de caduque vraie ou de caduque inter-utéro-placentaire, les lambeaux retenus sont susceptibles de se putréfier et de déterminer ainsi soit des hémorrhagies, soit des accidents septiques.

(1) HEGAR, *Virchow's Archiv. Bd.* 52, p. 171.

(2) KALTENBACH, *Zeitschrift*, t. 2, 1879, p. 225.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Le diagnostic des endométrites gravidiques est en général difficile. Nous ne voulons plus parler des lésions du col que l'on peut voir et toucher directement.

Pour les endométrites du corps, il n'existe pas de symptôme pathognomonique, sauf l'expulsion hors des voies génitales de lambeaux de la caduque malade. Si ces éliminations ont lieu, on devra examiner au microscope les débris rejetés.

En l'absence de ce signe, quels sont les moyens que possède le clinicien pour arriver à la vérité ?

Ou bien dans une forme aiguë et rapide, la femme est prise brusquement d'hémorrhagies, puis elle avorte. Il n'est guère pratique d'établir un diagnostic autrement que par l'examen de l'œuf, et aussi par la recherche des données étiologiques. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Dans la forme chronique, les symptômes sont l'hydrorrhée déciduale, les pertes de sang pâles et longtemps prolongées, l'existence de sensations légères que les femmes comparent à un resserrement, à une constriction du bas-ventre, en un mot de légères douleurs utérines.

Mais il faut faire le diagnostic différentiel de ces symptômes.

Nous nous sommes longuement étendu sur la descrip-

tion de l'hyrorrhée. Nous ne reviendrons ici que sur un signe indiqué par M. Bonnaire et qui permet de distinguer l'hyrorrhée déciduale de l'issue du liquide amniotique. C'est la *persistance d'un ballottement fœtal demeuré très net malgré l'écoulement aqueux*. Si l'œuf était ouvert, la paroi utérine se rétracterait sur le fœtus et l'immobiliserait.

Mais ce n'est pas tout que d'avoir diagnostiqué l'hyrorrhée déciduale. C'est un symptôme qu'on peut rencontrer dans une série d'états différents et MM. Tarnier et Budin, pensent qu'il est parfois sous la dépendance de ce que les anciens auteurs appelaient *l'hydrémie*. Les femmes albuminuriques, cardiaques, œdématisées, sont sujettes aux écoulements aqueux par l'utérus pendant la grossesse. C'est pourquoi l'hyrorrhée n'est pas du tout pathognomonique de l'endométrite.

Il en est de même des hémorrhagies, bien qu'elles aient ici un aspect tout spécial.

C'est pourquoi il faudra chercher avec soin la donnée étiologique et interroger les femmes. Si avant la grossesse, la femme n'a jamais souffert de l'utérus, pour affirmer l'existence d'une endométrite compliquant la gestation, il faudra s'enquérir des maladies infectieuses dont la femme a pu être atteinte depuis la fécondation. C'est *surtout la syphilis*, à laquelle il faudra penser, syphilis qui aura pu débiter en même temps que la grossesse.

La blennorrhagie a peut-être les mêmes effets, mais nous n'en avons pas d'observations.

Enfin, depuis la conception, la femme a pu être prise de variole, de choléra, etc... On se rappellera les endométrites hémorrhagiques qui succèdent à ces maladies.

Si au contraire, on ne trouve aucun signe d'infection depuis la grossesse, on cherchera dans les antécédents ; la syphilis pourra être encore incriminée ; mais la cause la plus fréquente et la plus banale est l'infection puerpérale remontant à un avortement ou à un accouchement antérieur. On s'informera des signes de métrite que la femme a pu présenter avant de devenir enceinte.

Les cas complexes seront ceux où une cardiaque, une albuminurique aura été manifestement atteinte de métrite avant la grossesse actuelle. Ce n'est que par la marche des accidents, et par l'examen du délivre qu'on pourra se faire une opinion. Le diagnostic rétrospectif, pour ainsi dire, sera parfois le seul possible.

Néanmoins si l'on apprend que pendant la première moitié de la gestation il y a eu des pertes de sang, etc., qui ont complètement cessé au bout d'un temps variable, on pourra prévoir l'adhérence anormale des parois de l'œuf avec ses conséquences au moment de l'accouchement et de la délivrance (Stoltz, thèse de Dentu, etc.). Pendant les suites de couches on saura que le délivre a été rendu incomplet et que la caduque est restée, si l'on a bien examiné l'arrière-faix. On tiendra compte de ce que cette muqueuse est restée adhérente, malgré la naissance d'un enfant vivant.

Enfin si des lambeaux sont expulsés il faudra les examiner soigneusement, pour ne pas les confondre soit avec des caillots, soit avec des fragments de cotylédons placentaires.

CHAPITRE VIII

Pronostic.

Il varie suivant les cas. Les endométrites aiguës, hémorragiques sont graves, en ce qu'elles occasionnent souvent l'interruption de la grossesse.

Quant aux formes chroniques, ou bien elles sont légères, ne se manifestant que par des signes sans grand intérêt, ou bien elles sont plus sérieuses. L'expulsion prématurée de l'œuf est encore à craindre, surtout si l'hydrorrhée se prolonge, surtout si les pertes de sang apparaissent, se reproduisent et deviennent de plus en plus foncées ; surtout enfin si des contractions douloureuses surviennent.

Lorsque, après ces accidents divers, la grossesse a néanmoins continué son cours, on devra penser à la possibilité d'adhérences anormales des membranes ou du placenta, avec leurs conséquences pendant l'accouchement et la délivrance.

La rétention de la caduque pendant les suites de couches est capable d'amener des hémorrhagies et des accidents septiques plus ou moins sérieux.

Enfin la gravité de la maladie dépendra encore de la cause qui l'aura produite.

CHAPITRE IX

Traitement.

Pendant la grossesse, si l'hydrorrhée apparaît comme symptôme d'endométrite il faudra seulement conseiller le repos et l'antiseptie. L'administration du laudanum n'est utile que lorsque de réelles hémorrhagies et surtout des contractions utérines douloureuses se produisent (voir l'observation V de M. Bonnaire).

Au moment de l'accouchement et de la délivrance, on se comportera comme d'habitude en présence des adhérences anormales des membranes et du placenta.

Pendant les suites de couches, si des lambeaux de caduque sont restés dans l'utérus, il faudra redoubler de précautions antiseptiques. Les injections intra-utérines rendront de grands services.

Elles seront aussi un moyen curatif efficace lorsque des accidents infectieux auront pris naissance. Si elles sont insuffisantes à les faire disparaître, il ne faudra pas hésiter à pratiquer le curettage de l'utérus suivant les procédés ordinaires.

CONCLUSIONS

I. — L'inflammation de la muqueuse utérine peut apparaître pendant la grossesse ; si elle existait antérieurement elle peut s'accroître sous son influence.

II. — Elle revêt des formes anatomiques analogues sur le col et sur le corps de l'utérus.

III. — Les endométrites du corps de l'utérus gravide sont aiguës ou chroniques ; légères ou graves.

IV. — Légères, elles ont fort peu de retentissement sur la gestation.

Graves, elles sont de nature à en interrompre le cours par l'avortement ou l'accouchement prématuré.

V. — Les endométrites aiguës sont surtout marquées par des hémorrhagies et par un avortement plus ou moins rapide.

VI. — Les endométrites chroniques présentent comme symptomatologie à des degrés plus ou moins prononcés : 1° l'*hydorrhée*, 2° les *hémorrhagies*, 3° l'*élimination de morceaux de caduque*, 4° les *douleurs utérines*.

VII. — Les femmes qui ont présenté ces phénomènes pendant leur grossesse et qui accouchent à terme, sont sujettes à avoir des adhérences anormales du placenta ou des membranes.

VIII. — La caduque malade, est souvent retenue dans la cavité utérine, soit après l'avortement soit après l'accouchement, lors même que le délivre a été spontanément expulsé, lors même que le fœtus est né vivant.

Cette rétention de caduque peut être suivie d'accidents infectieux.

Elle doit être traitée par les moyens antiseptiques ordinaires et au besoin, par l'intervention chirurgicale, sous la forme de curettage de la cavité utérine.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la thèse,
TARNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abel.** — État de la muqueuse du corps de l'utérus dans le cancer du col. *Arch. f. g.* XXXII.
- Ackermann.** — Infarctus blancs. *Virchow's Archiv.* Bd. XLVI, p. 430.
- Albert.** — Adhérences anormales du placenta. Paris, 1878, p. 18.
- Ahlfeld.** — Demonstration einer uterus mit placenta prævia. *Verhandlungen der deutschen gesellschaft f. gyn.* Zweiter Kongress, 1888, p. 156 à 159 et 1877.
- Madame Boivin.** — *Mémorial des acc.* Môle hydatiforme.
- Boureau.** — Influence de la syphilis sur la grossesse. Paris, 1879, p. 28 et 34.
- Bougon.** — Hémorrhagies utérines. Paris, 1873, p. 39 à 43 et 64.
- Bar.** — Cancer utérin et grossesse. Paris, 1886, p. 47.
- Bonnaire.** — Hydrorrhée. *Semaine médicale*, avril 1891.
- Budin.** — *Obstétrique et gynécologie*, p. 575.
- Breus.** — *Arch. f. g.* Bd. XIX, p. 483 à 489, 1882.
- Charroppin.** — De la môle hydatiforme. Paris, 1879, p. 24.
- Cazeaux et Tarnier.** — *Traité d'accouchement.*
- Charpentier.** — *Traité d'accouchement.*
— Thèse agrég., 1869.
- Costet.** — Variole et grossesse. Paris, 1891, p. 38.
- Corbin.** — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus, thèse Paris, 1890.
- Couturier.** — *Thérapeutique intra-utérine*, Paris, 1890.
- Dentu.** — Rétention des membranes. Paris, 1877.
- Doleris.** — *Progrès médical*, 17 mars 1883.
- Donat.** — *Arch. f. g.* Bd. XXIV, p. 481, 1884.
- Dylion (Mlle).** — De l'insertion vicieuse du placenta. Paris, 1890.
- Frankel.** — *Arch. f. gyn.* t. V, p. 53.
- Frænkel.** — Modif. de la muqueuse du corps de l'utérus dans le cancer du col in *Arch. f. g.* XXXIII, 1.
- Genesteix.** — *Traitement des avortements.* Paris, 1886.
- Gusserow.** — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1880, p. 17.
- Hegar.** — *Monatschrift.*
- Hirtzmann.** — De la môle hydatiforme, Paris. 1874.
- Hemnig.** — *Gesellschaft f. geb.* Leipzig, 18 fév. 1878.

- Hofmeier.** — 2^e Congrès 1888, p. 159 à 163. Die menschliche placenta. Wiesbaden, 1890.
- Jacquemeir.** — *Manuel d'accouchement*, t. 2.
- Jacquet.** — *Arch. de Physiologie*, 1873.
- Kaschewarowa.** — *Virchow's Archiv*. Bd. XLIV, p. 1.
- Kaltenbach.** — Zur Pathogenese der placenta prævia. *Berliner Kllin. Wochenschrift*, n^o 43, 28 oct. 1889 et *Zeitsch. f. g.* 1890. Bd. XVIII, p. 1 à 8 et 1878. Bd. II, p. 225.
- Landa.** — *Expulsion de caduque pendant la grossesse non suivie d'avortement*, thèse Paris, 1883.
- Le Chevalier.** — *Rétention du placenta*. Paris, 1877.
- Legrand.** — *Syphilis cause d'avortement*. Paris, 1889.
- Léopold.** — *Gesellschaft f. geb.* Leipsig, 18 fév. 1878.
- Lowet Lamare.** — *Môle hydatiforme*. Paris, 1864.
- Lusk.** — Trad. Doleris, p. 324.
- Macdonald.** — *Brit. Med. J.* 21 août 1875.
- Mahé.** — *Hémorrhagies des six premiers mois de la grossesse*. Paris, 1879.
- Mirasson-Nouqué** — *Insertion vicieuse du placenta*. Paris, 1888.
- Maslowsky.** — *C. f. g.* 1880, p. 352.
- Muschtlin.** — *C. f. g.* 1879, p. 64.
- Nœgele et Grenser.** — *Traité d'accouchement*.
- Pardo de Tavera.** — *Métrorrhagies au début de la grossesse*. Paris, 1886.
- Perairi.** — *Endométrites infectieuses*. Paris, 1889.
- Ruttledge.** — *Über die complication der Schwangerschaft und geburt mit gebarmutter. Krebs*, 1876.
- Slawjanski.** — *Arch. f. gyn.* Bd. IV, p. 285, 1872.
- Schrader.** — Zur Pathogenic der placenta prævia. *Zeitschrift*, Bd. XIX, p. 25, 1890.
- Schröder.** — *Métrorrhagies dans le premier mois de la grossesse*. Paris, 1888, p. 14.
- *Lehrbuch*, p. 401, 1884, p. 360.
- Spiegelberg.** — *Lehrbuch*.
- Tarnier et Budin.** — *Traité d'accouchement*.
- Veit.** — *Volkmann's Sammlung*, p. 254, 1885, in Muller, t. II, p. 4, biblion, p. 214.
- Virchow.** — *Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 412, 1867.

